



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**Percepción del paciente con VIH/SIDA de la
interacción enfermera-paciente en el Programa de
TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Julissa Jaquelin LIMAYMANTA NESTARES

ASESOR

María Josefa ARCAYA MONCADA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Limaymanta J. Percepción del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera-paciente en el Programa de TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2007.

*A Dios, en primer lugar por
permitirme vivir este presente,
dando luz en mi camino.....*

*A mi Madre que con su fortaleza,
ejemplo y amor me enseño
a vencer cada adversidad de la vida*

*A mis hermanos, por todo
su apoyo, comprensión y amor
los quiero y extraño mucho.*

*A mi Asesora, Magíster
María Arcaya Moncada,
por fortalecer mi aprendizaje.*

*A los Pacientes,
quienes hicieron posible
la realización de este trabajo,
A ellos con cariño.*

ÍNDICE

	Pág
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	3
PRESENTACIÓN.....	5

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento y delimitación del problema.....	7
B. Formulación del problema.....	13
C. Justificación.....	13
D. Objetivos.....	13
E. Propósito.....	14
F. Marco teórico	
1. Antecedentes.....	15
2. Base teórica.....	18
3. Definición operacional de términos.....	43

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO

A. Nivel, Tipo y Método de Investigación.....	44
B. Área de estudio.....	44
C. Población y Muestra	46
D. Técnica e instrumento de recolección de Información.....	47
E. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.....	47

F. Recolección de Información.....	48
G. Procesamiento y Análisis de Información.....	48

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
--------------------------------------------------	-----------

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.....	62
B. Limitaciones.....	64
C. Recomendaciones.....	64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
----------------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	69
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	72
--------------------	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	TITULO	Pág.
1	Percepción del Paciente con VIH/SIDA de la Interacción con la Enfermera. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Octubre-Noviembre. Lima – Perú. 2006.....	52
2.	Características de la Interacción Enfermera - Paciente en el Área de Comunicación. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Octubre-Noviembre. Lima – Perú. 2006.....	54
3.	Características de la Interacción Enfermera - Paciente en el Área de Empatía. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Octubre-Noviembre. Lima – Perú. 2006.....	56
4.	Percepción del Paciente Acerca de la Comunicación Enfermera - Paciente. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Octubre-Noviembre. Lima – Perú. 2006.....	58
5.	Percepción del Paciente sobre la actitud empática de la Enfermera. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Octubre-Noviembre. Lima – Perú. 2006.....	60

RESUMEN

El profesional de enfermería ante el paciente con VIH/SIDA debe intentar cubrir sus necesidades, prestándole el soporte biopsicosocial y espiritual que necesite, evitando posturas de rechazo o de sobreprotección, se debe buscar una aproximación al paciente y a la familia. Para lo cual necesita que el profesional de enfermería amplíe y consolide la capacidad de Interacción que favorezca la relación enfermera - paciente con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente ayudándole a asumir el tratamiento de por vida, la muerte que se acerca y afrontar su realidad.

Bajo este criterio se desarrollo el presente estudio el cual es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, cuyo método fue el descriptivo. Tuvo como objetivo: Analizar la percepción del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera – paciente, en los meses de Octubre y Noviembre del 2006; la población estuvo constituida por 207 pacientes, obteniéndose como muestra a 68 pacientes.

Los resultados obtenidos fueron: La percepción que los pacientes con VIH/SIDA tuvieron en relación con la interacción Enfermera – Paciente medianamente favorable en el 56%, seguido del desfavorable en el 18%, la que se podría deberse a una limitada habilidad para la comunicación, actitud empática con el paciente, falta de comprensión de su mundo interno, actitud paternalista lo que genera dependencia y limitación para asumir el autocuidado de si; lo que condicionaría a la no adherencia del tratamiento, marginación, soledad repercutiendo negativamente en el proceso de recuperación de su salud y mejoramiento de su calidad de vida.

Palabras clave: *Percepción, interacción enfermera-paciente, paciente con VIH/SIDA*

SUMMARY

The professional of infirmity before the patient with VIH/SIDA must try to cover his necessities, rendering to him the biopsicosocial support and spiritual that needs, avoiding positions by ricochet or of sobreprotection, an approach is due to look for the patient and the family. For which he needs that the infirmity professional extends and consolidates the capacity of Interaction that favors the relation nurse - patient with the objective to improve the quality of life of the patient being helped him to assume the treatment of by life, the death that approaches and to confront its reality.

Under this criterion development the present study which is of aplicativo level, quantitative type, whose method was the descriptive one. It had like objective: To analyze the perception of the patient with VIH/SIDA of the interaction nurse - patient, in the months of October and November of the 2006; the population was constituted by 207 patients, obtaining itself as it shows 68 patients.

The obtained results were: The perception that the patients with VIH/SIDA had in relation to the interaction Nurse - Patient moderately favorable in 56%, followed of the unfavorable one in 18%, the one that could be due to one limited ability for the communication, empática attitude with the patient, lack of understanding of their internal world, paternalista attitude what dependency and limitation generate to assume the autocuidado one of if; what would negatively condition to the adhesion of the treatment, marginalization, solitude not repelling in the process of recovery of its health and improvement of its quality of life.

Key words: *Perception, interaction nurse-patient, patient with VIH/SIDA*

PRESENTACIÓN

La infección del VIH/SIDA en la actualidad ha ido evolucionando gradualmente, pero los avances alcanzados en su tratamiento ha ido disminuyendo significativamente la morbilidad y mortalidad.

Ser portador del VIH/SIDA permite tener diversas experiencias emocionales que generan ansiedad, estrés, miedo, temor, duda, soledad entre otros; los cuales son incrementados con la influencia de la sociedad que estigmatiza a la persona portador del VIH y en algunos casos en la etapa SIDA.

El profesional de enfermería en su quehacer diario tiene como objetivo el cuidado del paciente, teniendo en cuenta la naturaleza del mismo; al tratarse de un paciente que es portador del VIH/SIDA se siente sensible debido a que se encuentra atravesando una etapa crítica en su vida donde siente que todo se acaba, que no hay sentido de seguir viviendo, es en esta etapa donde el profesional de enfermería cobra un papel importante debido a que debe de mantener una estrecha relación de ayuda que lo va a lograr mediante el proceso de la Interacción, como parte del proceso entendamos que no se puede fraccionar este mecanismo comunicación - interacción ni muchos menos a las personas que forman parte protagónica del proceso, por otro lado podemos ser mas flexibles en este análisis y captar las percepciones del otro frente a las acciones que se realice debido a que estas percepciones pueda afectar su adherencia al tratamiento antiretroviral y a mejorar su calidad de vida, así mismo la percepción que el personal de enfermería pueda tener frente a lo que el paciente hace o deja durante el cuidado que se le este brindando y así muchas otras interrogantes con el intuito de medir como el otro percibe el medio, entorno, cuidados, personas, cosas entre otros, que tienen estrecha relación con su vida e integridad y que forma parte de ella imposible de poder

dejarlas así el otro pensara en que puede utópicamente apartarlas o alejarlas para tener una existencia mas tranquila y apacible

En tal sentido se desarrolló la Investigación titulada “*Percepción del Paciente con VIH/SIDA de la Interacción Enfermera - Paciente en el Programa de TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*”, que en calidad de Tesis, permitirá optar el Título Profesional de Licenciada de Enfermería.

La Tesis en mención esta estructurada en cuatro capítulos, **Capítulo I:** Introducción en el que se consigna el planteamiento del problema, la justificación, objetivos y propósito; así como los antecedentes del estudio, base teórica, definición operacional de términos. **Capítulo II:** referido al Material y Método que incluye lo correspondiente al tipo y método, descripción del área de estudio, población y procedimiento, procesamiento y presentación de datos. De igual manera el **Capítulo III:** menciona los Resultados y Discusión, donde se presenta los niveles de percepción del paciente con VIH/SIDA acerca de la interacción con la enfermera, asimismo el **Capítulo IV:** corresponde a la Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones, posteriormente se mencionan las Referencias Bibliográficas y Bibliografía que se utilizó y al final los Anexos que contribuyen a su mejor comprensión.

La autora

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha ido incrementando a grandes pasos en casi todos los países representando así un gran problema para la salud pública. Según el informe “Situación de la epidemia de SIDA 2006” de la ONUSIDA/OMS ⁽¹⁾, actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas en el mundo. Se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (65%) correspondieron a África subsahariana y hubo importantes aumentos en Europa oriental y Asia central, donde se observan algunos indicios de que las tasas de infección han crecido en más del 50 por ciento desde el 2004; así mismo reporta que 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA.

En América del Norte y Europa occidental, a menudo los programas de prevención del VIH no se han sostenido y el número de nuevas infecciones se ha mantenido invariable. Así, tan sólo en unos pocos países de ingresos bajos y medianos se han reducido verdaderamente las nuevas infecciones. Y en algunos países en los que anteriormente se habían obtenido resultados satisfactorios en la reducción

de nuevas infecciones, como Uganda, se ha frenado el ritmo o incluso están aumentando las tasas de infección ⁽²⁾.

La publicación del Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2006 ⁽³⁾, describe hasta la fecha que son más de 18,000 casos de SIDA reportados y más de 26,000 infecciones por el virus del VIH notificados al MINSA (la mitad de ellos menores de 35 años, quienes se infectaron antes de los 25 años). La epidemia afecta principalmente a la población joven, pobre, de las ciudades más densamente pobladas de la costa y de la selva (el 71% de los casos notificados pertenecen al departamento de Lima y el 29 % a resto del país). El principal grupo afectado son los hombres que tienen sexo con otros hombres, parte de ellos con comportamiento bisexual están infectado a mujeres y ellas al salir embarazadas a sus hijos (3 a 5 de cada 1000 gestantes están infectadas con VIH cada año y se estiman entre 400 a 700 casos de niños que nacen infectados cada año). Se estiman 89,811 personas viviendo con el VIH-SIDA en el 2006 y entre 1,100 a 1,200 muertes anuales registradas.

En nuestro país, la atención del paciente con VIH/SIDA tiene lugar en diferentes establecimientos de salud. En Lima tenemos al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión que dispone de un servicio de Infectología donde se ha implementado el Programa de Tratamiento Antiretroviral (TARGA) desde el 2004, en la actualidad de vienen atendiendo un promedio de 420 pacientes inscritos en el programa, durante las prácticas realizadas en dicho servicio se observó que el personal de enfermería solo tiene un momento para la atención directa con el paciente donde logra interactuar con el mismo; es la Consejería, que se da cuando el paciente va a realizarse la prueba de ELISA (pre test) y luego al momento de entregar los resultados en caso de ser POSITIVO

(post test), pero después no existe otro momento donde la enfermera logra interactuar con el paciente salvo cuando el mismo busca respuesta a algunas preguntas que tiene, no hay un seguimiento del mismo para poder valorar la adherencia al tratamiento y a mejorar su calidad de vida.

Ser portador de SIDA permite tener diversas experiencias por ejemplo hace emerger lo mejor cuando las personas se unen de forma solidaria para combatir la marginación y para ofrecer apoyo y cuidados a aquellos afectados por la enfermedad, en contraposición de esto también pone en evidencia lo peor cuando estos últimos resultan estigmatizados, condenados al ostracismo y maltratados profundamente por las personas que aman, por su familia y por sus comunidades. Tales acciones, no pocas veces, conducen a la discriminación y a la violación de los derechos humanos.

A nivel individual, por ejemplo, aumentan la ansiedad y el estrés, factores que en sí mismos contribuyen a empeorar el estado de salud. A nivel comunitario, familias y grupos enteros, muestran rechazo, se avergüenzan, no aceptan la existencia de la enfermedad en uno de sus integrantes por lo que no muestran un interés en apoyar a su familiar. A nivel de la sociedad como un todo, la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y el abuso de los derechos humanos, refuerzan la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio.

El profesional de enfermería ante la magnitud del problema tiende a reflexionar acerca de los cuidados a los enfermos con SIDA para ayudarlo a satisfacer sus necesidades, ya que por lo general estos se encuentran en aislamiento y abandono social, vulnerando sus derechos

humanos siendo esto último un inventario doloroso para los mismos en su condición de persona.

A la luz de esta situación, el paciente con SIDA es aquel que sufre la enfermedad de Inmunodeficiencia Adquirida producida por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es una enfermedad mortal. Este paciente es afectado biológica, psicológica, social y espiritualmente, por lo tanto, constituye el sufrimiento, el rechazo al enfrentarse a una enfermedad incurable, al embarazoso compromiso de revelar su estilo de vida a sus compañeros de trabajo, amigos, familiares y a los profesionales de salud. Se inestabilizan sus creencias y valores propios en primer plano para luego manifestar sentimientos, emociones como ansiedad, sensaciones de culpabilidad, pensamientos como mecanismo de defensa frente a la impotencia de una enfermedad como lo es en este caso el VIH – SIDA. El paciente se centra en la búsqueda inexorable de explicaciones, indagaciones de nuevas pruebas y la imposibilidad para evitar la declinación y la muerte.

Uno de los signos de humanización del Cuidado del profesional de enfermería es la consideración de la persona en sentido global, sin fraccionamientos de cada una de sus dimensiones fundamentales: física, psíquica, afectiva, social y espiritual ⁽⁴⁾, que viene ser la guía dentro del conocimiento y la práctica de enfermería. Como cualquier acto humano, es de naturaleza totalitaria y por ello difícil de ser estudiado; este hito de identidad y acción se fortalece en medio de una realidad de dicotomías entre lo propio y lo ajeno, lo objetivo y lo subjetivo, la salud y la enfermedad, la vida y la muerte.

Al respecto existen diferentes teorías de enfermería donde nos plantean formas y/o caminos para seguir un proceso de interacción, King

⁽⁵⁾, quien plantea su teoría como la forma de pensar sobre el mundo real de enfermería; a través de los procesos interpersonales considerándola como el medio por el cual las enfermeras en el desempeño de su rol participan con y para las personas con la finalidad de que puedan alcanzar sus objetivos. Todo esto forma parte de un proceso donde a determinada acción existe una reacción del otro mediado por un mecanismo de comunicación-interacción mutua que si éste tiene algunas fallas las percepciones que ambas personas tienen del hecho que les toca vivir se hace difícil y poco comprendido por ellos y para los que lo rodean.

Así mismo. Peplau ⁽⁶⁾, también describe a la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico que funciona en cooperación con otros procesos humanos con la finalidad de hacer alcanzable la salud del individuo y a la sociedad, por lo que amerita conocer los conceptos de comunicación, interacción, rol, estrés y transacción.

Travelbee⁽⁷⁾, amplía los enfoques de relaciones interpersonales de Peplau y Orlando y se concentra principalmente en los cuidados que refuerzan la empatía, la simpatía y la comprensión, así como en los aspectos emocionales de la enfermería.

En la teoría de Watson⁽⁸⁾, enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

Dentro de este marco de referencia acerca del cuidado de enfermería el proceso de interacción cobra un aspecto importante, como parte del proceso entendamos que no se puede fraccionar este mecanismo comunicación-interacción ni mucho menos a las personas que forman parte protagónica del proceso, por otro lado podemos ser mas flexibles en este análisis y captar las percepciones del otro frente a mis acciones, o mis propias percepciones, frente a lo que el paciente hace o deja de hacer conmigo o durante mis cuidados y así muchas otras interrogantes con el intuito de medir como el otro percibe el medio, entorno, cuidados, personas, cosas entre otros, que tienen estrecha relación con su vida e integridad y que forman parte de ella imposible de poder dejarlas así el otro pensara en que puede utópicamente apartarlas o alejarlas para tener una existencia mas tranquila y apacible. Los profesionales no siempre sabemos comprender el mundo interno, sus valores, intereses, miedos, temores, frustraciones demostrando empatía y disposición para establecer una relación de ayuda que permita una adecuada interacción como aspecto fundamental para lograr la adherencia del paciente a su tratamiento y la participación de éste en el mismo.

Es por ello que en este escenario urge explorar cuestiones como:

- ¿Cuál es la percepción del paciente con VIH - SIDA acerca de la interacción enfermera –paciente?
- ¿Qué tipo de relación se establece entre enfermera y paciente con VIH/SIDA?
- ¿Qué importancia tiene la interacción enfermera – paciente con VIH - SIDA para el paciente?

La enfermera como se ha establecido debe ponerse en el lugar del otro o al menos intentarlo, despojarse de antivalores, prejuicios o

preconceptos para comprenderlo y desde allí fortalecer su propia capacidad del cuidado. Por eso es importante que el profesional de enfermería deba reconocer su esencia, su ser, su propia vida, para involucrarse con pleno conocimiento y sentido propio de lo que se hace en la práctica cotidiana del cuidado, del análisis de la experiencia del otro, evitando darle así su propia interpretación que lo alejaría del paciente.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del paciente con VIH/SIDA de la Interacción Enfermera – Paciente en el programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

C. JUSTIFICACIÓN

La investigación desarrollada es importante por que va a permitir conocer la percepción que tiene el paciente con VIH/SIDA acerca del proceso de la interacción con la enfermera teniendo en cuenta que con este proceso se favorezca la adherencia del paciente al tratamiento antiretroviral, el autocuidado, a la aceptación de la enfermedad y a mejorar su calidad de vida, ya que al no tratarse esta problemática, los efectos tendrán influencia negativa en la adherencia al tratamiento y a la mejora de calidad de vida del paciente que es el objetivo por el cual se implementó el programa de TARGA.

D. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera – paciente en el programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la interacción enfermera – paciente desde la percepción del paciente con VIH/SIDA en el programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Determinar el nivel de percepción en la comunicación del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera – paciente en el programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Determinar el nivel de percepción en la actitud empática de la enfermera del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera – paciente en el programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

E. PROPÓSITO

El propósito del estudio estuvo orientado a dar un marco de referencia a la Entidad de Salud acerca de la percepción de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al programa de tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) sobre el proceso de interacción enfermera – paciente, una interacción efectiva influirá en una mayor capacidad de adhesión del paciente al tratamiento y al autocuidado con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales para el cuidado de sí. Logrando la enfermera a

ayudar a que las personas con VIH/SIDA que vivan del modo más pleno y satisfactorio posible que puedan incrementar nuevos conocimientos y lineamientos que son necesarios para lograr actos que exigen del profesional de enfermería una permanente conciencia de propósito para ampliar y consolidar la capacidad de interacción que favorezca la relación enfermera - paciente como base para enfrentar el tratamiento de por vida, aumentar su capacidad de afrontar la realidad y encontrar soluciones prácticas en procura del bienestar del paciente y su familia, sustentado en el código Deontológico de Enfermería.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Se revisó literatura nacional e internacional de estudios relacionados con el problema propuesto en estudio, ubicándose los siguientes:

- En Perú, en el año 2003, Arista ⁽⁹⁾ realizó una investigación titulada: **Interacción Enfermera - Paciente en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**; cuyo objetivo fue conocer y analizar las características del proceso de interacción enfermera-paciente en el servicio de medicina. La metodología a utilizar fue la observación participante. La población estuvo conformada por 5 enfermeras y 15 pacientes que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. La técnica utilizada fue la observación participante a la enfermera- paciente, así como una entrevista no estructurada a los pacientes, al término del estudio una de las principales consideraciones fue que la mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina del Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión, aún les falta desarrollar habilidades básicas de comunicación para lograr una interacción adecuada.

- En Perú, en el año 20002, Marquina y colb.⁽¹⁰⁾ realizaron la investigación titulada: **Opinión del Individuo VIH - SIDA sobre la Relación Enfermera(O) - Paciente durante su Hospitalización**. El objetivo fue determinar la opinión del individuo VIH/SIDA (perteneciente a la Fundación ASOVIDA), sobre la relación enfermera(o)-paciente, basada en los aspectos respeto, comunicación, confianza y satisfacción, durante la hospitalización. La metodología utilizada fue cuantitativa descriptiva aplicada. La población estuvo constituida por 31 sujetos. Para la recolección de los datos se aplicó un instrumento elaborado por las autoras con un total de 26 ítems, el cual fue sometido a la validación de expertos y la confiabilidad fue de 0.88. El análisis de los datos se hizo mediante la aplicación de estadísticas descriptivas distribución de frecuencias, media aritmética, mediana, moda, desviación típica y coeficiente de variación proporcional (CVP). Los principales resultados obtenidos fueron: 64.5% de individuos pertenecientes al género masculino; 35.5% de individuos con edades comprendidas entre 26 y 35 años (ambos géneros), para el nivel educativo un 25.8% son profesionales. En cuanto a los factores Respeto, Comunicación, Confianza, la opinión en la relación enfermera(o)-paciente para ambos géneros (masculino y femenino) fue moderadamente negativa, y para el factor Satisfacción, la opinión de los individuos con VIH/SIDA de ambos géneros, resultó ser muy negativa.

A nivel internacional se encontró los siguientes estudios:

- En Colombia, en el año 2000, Daza de Caballero ⁽¹¹⁾ realizó la investigación titulada: **“Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería**.

Interacción, Participación y Afecto”: El objetivo fue analizar y explorar el concepto de cuidado centrado en las dimensiones de interacción, participación y afecto. El método fue cualitativo con enfoque fenomenológico, la población estuvo conformada por 60 pacientes adultos (hombres y mujeres) hospitalizados en instituciones de tercer nivel de atención que voluntariamente aceptaron a participar en el estudio, se utilizó como técnica la entrevista a profundidad , llegando a las siguientes consideraciones: “...Contrastando las vivencias expresadas por las personas que recibieron el cuidado, frente al discurso teórico sustentado por los diversos autores y teóricos consultados, se empieza a evidenciar un distanciamiento entre lo teórico y lo práctico, entendido este último como las vivencias personales en el ámbito hospitalario. Es necesario profundizar mediante la investigación y desde la mirada no sólo de quien recibe el cuidado, sino del profesional de enfermería, cómo se presentan en la práctica los elementos conceptuales del cuidado. Otro aspecto a resaltar en este estudio es que se reconocen diferentes niveles de prácticas relacionadas con el cuidado, entre las cuales podemos mencionar las realizadas por profesionales como la enfermera y el médico, otras como las de los auxiliares de enfermería, los mismos pacientes y familiares quienes en muchos casos se constituyen en cuidadores primarios.

- En Colombia, en el año 2000, Jaramillo⁽¹²⁾ realizó la investigación titulada: **Percepción del Paciente y su Relación Comunicativa con el Personal de la Salud en el Servicio de Agudos del Hospital de Caldas** cuyo objetivo fue comprender la percepción que tienen los pacientes y el tipo de relación comunicativa que establecen con el personal de la salud el diseño utilizado fue cualitativa etnográfica reflexiva, la técnica utilizada fue la observación participante, la entrevista a profundidad y el diario de campo, llegando a las siguientes

consideraciones finales "...que la enfermería exige una preparación no sólo técnico -científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida ésta última como la actitud del profesional puesta en el sujeto, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que es como persona. No se trata de visualizar al paciente desde una mirada anatómico - funcional, sino social, espiritual; es decir, desde el desarrollo de lo humano. Legitimarlo como sujeto de derechos (de bienestar y desarrollo) y no como usuarios (TARGET) de un servicio asistencial. De lo que se trata entonces es de promover en los pacientes, muy a pesar de su enfermedad, la puesta en marcha de sus capacidades humanas..."

2. BASES TEÓRICAS

A continuación se expone las bases teóricas que darán sustento a los hallazgos.

2.1. BASE CONCEPTUAL DE LA PERCEPCION

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo.

Según la psicología clásica de Neisser⁽¹³⁾, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Por lo que llegamos a la conclusión que la percepción es un acto complejo en el que interviene la persona en su totalidad, por el que queda la realidad estructurada y recibe un significado concreto.

La percepción de otra persona, introduce algunas particularidades ya que como bien se sabe se percibe a este no como un objeto físico, sino como persona y queremos por consiguiente penetrar en su interioridad (intenciones, actitudes, sentimientos, emociones entre otros) cuando le percibimos.

Es por esto que presenta algunas características de la otra persona:

- ***Es alguien que también percibe***; cuando percibe a una persona simultáneamente él le percibe también, creándose entre ambos una situación de interpercepción que evidentemente modifica la relación perceptiva.
- ***Es alguien que posee motivaciones y actitudes concretas***; el saber que el otro es alguien como uno mismo modifica la percepción, ya que con facilidad intentamos proyectar en el otro nuestras motivaciones y actitudes según nos resulte simpático o no, según sean los lazos amistosos mantenidos con él.

- *Es alguien con características personales relativamente estables*; justamente por que aceptamos tal estabilidad podemos adoptar patrones de conducta para ajustarnos al otro. Cuando percibimos a otra persona presuponemos esa constancia, pero no podemos estar seguros de que sea una estabilidad total, la persona varía, cambia en sus actitudes, emociones. La relativa incertidumbre de la conducta del otro mantiene en vilo nuestra relación con él.
- *Es alguien que atribuye al perceptor*; a su vez, emociones, sentimientos, actitudes. La retroacción es, pues total, al percibir a una persona, no podemos dejar de ser objetos de percepción, y sin duda el saberlo modifica nuestra percepción

Aunque hablamos de la percepción de otra persona, exterior a nosotros, no estará de más señalar cuáles son los tipos de percepción personal que podemos distinguir:

- *Autopercepción* o percepción de si mismo.
- *Heteropercepción* o percepción que tengo del otro.
- *Autoheteropercepción* o percepción que yo tengo de la percepción del otro sobre sí mismo.
- *Metapercepción* o percepción que el otro tiene de mí.
- *Autometapercepción* o percepción que yo tengo de la percepción del otro sobre mí.
- *Heterometapercepción* o percepción que tengo sobre la percepción de los otros sobre el otro.
- *Autoheterometapercepción* o percepción que yo tengo de la percepción que el otro tiene de mi percepción sobre él.

Como hemos podido ver existe una complejidad con respecto a los tipos de percepciones, pero para el estudio se considera el siguiente tipo que es la *Heteropercepción* o percepción que tengo del otro; debido a que es el paciente quien va a tener una percepción de la interacción con la enfermera.

En la vida diaria estamos constantemente percibiendo a los demás y adaptamos nuestra conducta ante ese tipo de comportamiento, actitudes entre otros.

Veamos cuáles son las limitaciones y/o elementos que influyen en la exactitud de nuestra percepción de otra persona:

- La percepción de otra persona es un acto complejo. Para que la percepción sea correcta, ajustada a la realidad, necesitamos conocer la situación del otro y su comportamiento en tal situación; además debemos considerar que la percepción del otro está influenciada por el estado psicológico del perceptor en el momento de percibir, así como las actitudes de su personalidad.
- En la percepción personal pretendemos penetrar en la interioridad del otro. Ahora bien, el otro casi nunca manifiesta de modo directo; hemos pues de basar nuestra percepción del otro en signos indirectos. Las actitudes de una persona, sus motivaciones, sentimientos, solo podemos inferirlas de sus opiniones y de su comportamiento.
- Con facilidad nos dejamos influir por los estereotipos (juicios aceptados sin espíritu crítico sobre las personas, acontecimientos

o cosas) y entonces generalizamos un conjunto de rasgos a partir de indicios parciales.

Cuando percibimos a alguien, lo mas importante es obtener una percepción lo mas exacta posible de la real percepción del otro. El grado de competencia para formular juicios exactos sobre otra persona, depende tanto de las características del perceptor, como de las características de lo percibido. En cuanto a las características del otro, podemos destacar lo siguiente:

- La nitidez: con que se manifiesta, nitidez que le permite sobresalir dentro de un contexto o situación en particular.
- La frecuencia con que se repite los mismos indicios y/o comportamientos.
- La información recibida durante el primer contacto tenido con la persona, dicha información condiciona grandemente nuestra percepción del otro.

De lo expuesto debemos considerar que en el estudio el paciente quien es quien va a percibir el proceso de la interacción enfermera - paciente y es por ello que debemos tomar en cuenta que es un paciente muy vulnerable, sensible debido que esta pasando por una etapa difícil de superarlo y quien ve que el profesional de la salud le va a brindar ese apoyo que el busca.

2.2. LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL Y AFECTIVA DEL PACIENTE CON SIDA

Las personas que en la actualidad están viviendo con el VIH/SIDA cursan con diferentes alteraciones psicosociales relacionado con el problema de la estigmatización que caracteriza

todavía a la infección por VIH/SIDA; un ambiente social que sin duda sostiene y refuerza esas creencias, todo lo cual contribuye en absoluto a la recuperación y mantenimiento de un equilibrio biopsicosocial, tan necesario para todos, pero de forma especial para las personas directamente involucradas en la infección por VIH - SIDA.

Algunas de las reacciones negativas hacia los seropositivos son el rechazo y el aislamiento social; las personas afectadas por VIH inician ellas mismas, incluso, un distanciamiento de los demás con objeto de mantener en secreto su situación⁽¹⁴⁾.

La preocupación por la posibilidad de infectar a otras personas hace que también se evite la relación con otros, conduciendo a las personas seropositivas a una situación de aislamiento y soledad. El miedo al rechazo resulta confirmado en numerosas ocasiones cuando las personas afectadas informan a sus parejas, llegando incluso a romperse la relación⁽¹⁵⁾.

En la psicología de la salud se parte del supuesto de que las evaluaciones de daño, amenaza o desafío se ven acompañadas de estados emocionales. La enfermedad puede dar lugar a emociones derivadas de cambios masivos del organismo y generalmente, tales emociones son intensas y negativas⁽¹⁶⁾.

Los problemas de salud, sobre todo aquellos que comprometen seriamente la vida de los afectados, serán percibidos y evaluados como una amenaza o preocupación en la medida que excedan los recursos de que se dispone para su afrontamiento. En cualquier caso, el conocimiento del diagnóstico de seropositividad hace que se instaure en la persona afectada el sentimiento de enfermedad.

Desde el impacto propio del diagnóstico inicial de la seropositividad, no puede obviarse cuestiones tales como la crisis vital en la que se sumerge el individuo y que altera sus patrones adaptativos habituales con el consiguiente estrés; el sentimiento de preocupación que necesariamente experimentan los afectados por la amenaza que para sus vidas representa la infección por VIH, la ansiedad que se deriva de un futuro incierto por el hecho de no disponer claramente de los recursos necesarios para hacer frente a su situación, el abatimiento y posible depresión ante la eventualidad de una muerte temprana para si mismo o para personas muy vinculadas afectivamente.

Es necesario disponer con un marco conceptual que contemple el grado de amenaza o preocupación que experimentan las personas afectadas por la infección del VIH, así como también los recursos de que se disponen para afrontar sus situación, por entender que pueden estar influyendo tanto en la propia percepción del sujeto sobre su estado de salud - enfermedad, como determinado en alguna medida su calidad de vida en relación con la salud.

Se debe considerar que dentro de los aspectos psicosociales que influye en los pacientes con VIH/SIDA se encuentran lo siguientes:

- La parte laboral; esta relacionado cuando una persona sabe de su diagnóstico siente miedo, temor de que en su trabajo su jefe y compañeros se enteren y que este le cause un despido, aunque existe una ley N° 26626 que figura en la constitución política del Perú del año 1993, donde indica que el paciente con VIH/SIDA tiene derecho a la igualdad y a la no discriminación; derecho a la intimidad (autonomía y confidencialidad), derecho a la

libertad, salud, información y TRABAJO, el cual debe de ser respetado.

- Limitación de las redes de apoyo; es cuando el paciente al enterarse de su enfermedad busca apoyo en sus seres mas allegados sean estos familia, amigos, pareja, pero él mismo siente que lo van a rechazar y se siente limitado en acudir a ellos.
- Alejamiento familiar; debido a que en la casa los familiares principalmente los padres difícilmente aceptan la condición de que uno de sus integrantes de la familia este cursando por esta enfermedad.
- Estigmatización; en pleno siglo XXI aun existe la discriminación, hacia el paciente con VIH/SIDA, las personas sienten ese temor de que con solo tocarlo puedan contraer la enfermedad.
- Disminución de la sensación de aislamiento social, nosotros como profesionales de Salud y teniendo en cuenta la situación actual de este tipo de pacientes debemos de estar capacitados para poder brindarle una atención de calidad disminuyendo con esto el aislamiento que sufre y fortalecer la adherencia al tratamiento y con esto logara mejorar su calidad de vida.
- Vulnerabilidad a alteraciones psicológicas, estos pacientes son muy vulnerables a sufrir alteraciones psicológicas llegar a la depresión profunda lo cual le pueda conducir al suicidio, hasta poder perder su estabilidad personal por todos aquellos factores que influyen en su ser.

2.3.RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERA – PACIENTE CON VIH/SIDA

La relación cuidador – persona cuidada ocupa un acápite especial dentro del Cuidado de Enfermería ya que conforma un ideal moral del que hacer de enfermería. Esta relación cuidador – persona cuidada comienza cuando la enfermera ingresa en el espacio o en el campo fenomenal de la otra persona donde puede llegar a sentir el ser de la persona, llegando a responder a ese tipo de sentimientos, sensaciones entre otros de tal manera que el otro ser perciba ese tipo de sentimientos, sensaciones que hubiera estado deseando sentir; de esta forma existe un flujo ínter subjetivo entre la enfermera y el paciente.

Dentro de la relación del cuidado de la persona existe una unión espiritual, donde ambas personas que son involucradas son capaces de superar su propia persona, espacio, época e historia de vida de esa manera a la enfermera entre en la experiencia del otro y la otra persona ingresa en la experiencia de la enfermera creando así su propio campo fenomenal que se llega a convertir en un complejo de vida.

La relación de ayuda es aquella que tiene como objetivo ayudar a las personas enfermas o con problemas a constatar y ver que hay diferentes caminos para llegar al mismo lugar, es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, lo cual va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia, de la comunidad favoreciendo así el crecimiento personal.

Esta relación de ayuda viene a ser una herramienta a disposición del profesional de la salud a través de la cual nos valemos para prestar ayuda a los pacientes y sus allegados.

El Programa Global del SIDA (GPA) de la Organización Mundial de la Salud define la relación de ayuda como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Este proceso se sustenta en las habilidades sociales de la comunicación asertiva con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional, los recursos personales y las estrategias de autocontrol para facilitar la toma de decisiones y la solución de problemas ⁽¹⁷⁾.

En la guía nacional de consejería en ITS/VIH y SIDA define que es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el(la) consejero(a) y el(la) consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua, orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud ⁽¹⁸⁾.

En la atención que se brinda a los pacientes con VIH/SIDA existe un espacio donde la enfermera le brinda esta relación de ayuda que se da mediante la **consejería** que facilita a la dirección y resolución de problemas específicos, la toma de decisiones, el proceso para hacer frente a las crisis, el trabajo a través de los sentimientos o los conflictos internos, o la mejora de las relaciones con las demás personas.

Como técnica relacional la consejería no sólo es un conjunto de conocimientos y habilidades, sino que también configura un conjunto de actitudes tan importantes como:

- La empatía; Morrisón ⁽¹⁹⁾, destaca la importancia que tiene en la relación terapéutica la Empatía, considerada a su vez como la capacidad que tiene la persona capacita al profesional de enfermería para entrar en la vida de otra persona, compartir sus emociones, significados y actitudes. La empatía se comunica de forma verbal y no verbal, es decir a través de gestos, mímicas y la misma conducta, durante el proceso terapéutico, constituyéndose en la interconexión entre la enfermera y el paciente. En suma la empatía es la capacidad que tiene una persona para compartir el mundo del paciente, desgraciadamente, no hay una directriz específica para que se desarrolle la empatía; sin embargo, se puede ser mas empático centrando la atención en lo que el paciente intenta comunicar, es decir, resulta necesario aprender a escuchar con algo más que con los oídos.
- La capacidad de la enfermera de realizar y detectar exactamente la sensación y la condición interna de otra. Esto puede ocurrir con las acciones, palabras, comportamiento, pensamientos, sentidos, intuición, entre otros.
- Así mismo esa capacidad de la enfermera determina y realiza la condición de la otra persona de estar en el mundo y de sentir una unión con otra. La enfermera debe poder expresar la condición y atender a la condición significa, por ejemplo el movimiento, gestos, las miradas, los actos, los procedimientos, información, tacto, entre otros, donde la subjetividad del paciente se asume para ser tan entera y tan válida como la de la enfermera.

Para conseguir estas actitudes es fundamental tener en cuenta diferentes aspectos:

- El abordaje integral del paciente desde un punto de vista Bio-Psico-Social.
- Modificar el modelo sanitario tradicional “Paternalista” donde todo se hace por el paciente pero sin él, por un modelo “Contractual” donde tanto el profesional de la salud como el paciente tienen un papel activo, implicándose ambos en el proceso terapéutico.
- Mantenimiento de la confidencialidad.

De lo expuesto anteriormente nos da una orientación acerca de las actitudes que la enfermera debe asumir al momento de realizar la consejería a los pacientes con VIH/SIDA ya que como sabemos son muy sensibles y vulnerables a nuestras actitudes que manifestamos cuando estamos cerca de él; es por este motivo recordar que la consejería es el hecho de preguntar, escuchar, pedir opinión, facilitar y respetar a la persona mas no es imponer, juzgar, etiquetar, exigir y presuponer acciones y/o comentarios que serían dañinos para el paciente; logrando con esto que el arte de cuidar de la enfermera es la actividad humana mediante el cual se interioriza en el paciente

2.4. MODELO TEÓRICO ACERCA DE LA RELACIÓN PERSONA A PERSONA

Para Travelbee ⁽²⁰⁾, la Enfermería es un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica de cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades. Se percibe el cuidado enfermero en forma integral, es decir, comprensivo y dinámico, que se va desarrollando a medida que el profesional integra en sí mismo

saberes empíricos, éticos, estéticos, personales e interculturales sobre la persona siempre en riesgo de vivir crisis emocionales.

El propósito de la enfermera es en primer lugar comprender la situación que vive la persona, familia o grupo, y a partir de esa comprensión, establecer una relación de ayuda.

Al cuidar, la enfermera hace uso de sus recursos personales y profesionales, para establecer una relación específica que la llama de “*persona a persona*” y ambas personas dan significados subjetivos a sus experiencias de vida; Travelbee parte del supuesto de las teorías humanistas que visualizan al ser humano como un ser único, irremplazable, inserto en un determinado contexto sociocultural, capaz de atribuir significados a sus experiencias; este supuesto valora la subjetividad humana, es decir, el proceso de la *relación persona a persona* se inicia en el momento en que ambas personas se ponen en contacto y la tarea de la enfermera será comprender a ese ser humano desde su perspectiva personal, a la luz de su historia y de las múltiples manifestaciones y señales que indican su mundo personal.

Por su parte el paciente percibirá a la enfermera como persona, desde su perspectiva y, a través del diálogo, se establecerán los puentes de contacto entre ambos. Por ello se trata de una *relación ínter subjetiva*.

Para Travelbee ⁽²¹⁾ la relación de ayuda persona a persona, es una clase determinada de relación interpersonal que se distingue por los siguientes aspectos.

- *Es una relación planificada, deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla;* el proceso se inicia cuando una persona solicita ayuda (en forma directa o encubierta) y la enfermera se acerca con la intención de ayudar. Ambas inician un proceso de acercamiento gradual, porque no se conocen, son extrañas una a la otra, y es aquí donde la enfermera profesional hace uso de sus recursos personales y de su conocimiento para acercar las distancias. El proceso implica abrir la conciencia para percibir el mundo subjetivo de la otra persona desde su perspectiva y determinar las áreas en las cuales la persona desea ser ayudado y discernir cuánto puede ser ayudado.
- *Es un proceso que evoluciona por etapas dinámicas que se van sucediendo a medida que transcurre la relación;* no se dan ordenadas en forma rígida, por el contrario, habitualmente cada etapa es un proceso en sí mismo y requiere por parte de la persona que proporciona la ayuda una gran capacidad de discernimiento, conocimiento y adaptación a la realidad.

Estas etapas son las siguientes: encuentro original, revelación de identidades, empatía, simpatía y la compenetración.

- ***Encuentro original:*** El encuentro original se caracteriza por las primeras impresiones que recibe el profesional de enfermería de la persona enferma, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados.
- ***Revelación de identidades:*** La revelación de identidades se caracteriza por que el profesional de enfermería y la persona enferma empiezan a verse mutuamente como individuos únicos.

A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación.

- **Empatía:** La empatía se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación. Travelbee señalaba que el proceso de empatía se potencia gracias a dos cualidades: la semejanza en las experiencias vividas y el deseo de comprender a la otra persona.
 - **Simpatía:** La simpatía va más allá de la empatía y se produce cuando el profesional de enfermería desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente. “Cuando se simpatiza con alguien, se produce una implicación personal que no imposibilita la acción adecuada”. El profesional de enfermería puede tomar decisiones eficaces de asistencia después de haber alcanzado la fase de simpatía. “Esta acción de asistencia eficaz requiere una combinación de un método intelectual disciplinado y el uso terapéutico del yo”.
 - **Compenetración:** La compenetración se caracteriza por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento de una persona enferma. El profesional de enfermería y el paciente se relacionan como seres humanos, y este último deposita su confianza y su fe en aquél. “Una enfermera es capaz de lograr la compenetración por que cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de percibir, responder y apreciar la individualidad del ser humano enfermo.
- *Es una relación que provoca cambios en ambos participantes del proceso; el paciente experimenta el privilegio de ser acogido*

como ser humano único durante una hora. Esto aumenta su confianza en revelarse, aprende a verbalizar lo que le ocurre, aumenta su capacidad de enfrentar su realidad como menos angustia. También aprende a descubrir su participación en sus experiencias y por lo tanto a discernir sobre los aspectos que puede cambiar en su vida.

- *El contenido de lo que se dialoga es pertinente, relevante a la situación de vida del consultante en el aquí y ahora; se trata de trabajar sobre las experiencias del presente.*
- *Es una experiencia de encuentro interpersonal que se va construyendo; se debe estar abierto y consciente de lo que sucede y se va encontrando, a medida que pasa el tiempo, aunque los elementos de la experiencia puedan ser confusos y desconocidos. La enfermera o persona ayudante necesita compartir sus experiencias de relación de ayuda a lo menos con otro profesional con quien pueda compartir sus hallazgos, dudas y planes de intervención.*
- *La persona que ayuda tiene que haber desarrollado cierta capacidad de lectura intrapersonal en especial de lo que vive respecto a los otros; además debe haber desarrollado cierta capacidad de autocontrol emocional, autoconciencia y capacidad de interesarse en los otros, sin que ese interés lo inhabilite para ayudarlos.*
- *Debe tener conocimiento y un marco teórico que le permita realizar sus interpretaciones acerca de lo que vive el consultante, fundadas en conocimiento científico, ético, estético y personal; estar abierto a utilizar ese conocimiento a beneficio del consultante con sensibilidad y sentido de oportunidad (arte de saber cuando hablar y qué decir, cuando callar)*

- *Se abre un espacio interpersonal que permite la coexistencia de problemas y sentimientos opuestos sin sucumbir a la necesidad de ahorrarse molestias buscando un término prematuro o la “solución” inmediata a los problemas. Es la habilidad de suspender temporalmente el proceso de resolución de los problemas mientras se reflexiona y se buscan nuevas maneras de ayudar a la persona. Se desarrolla paciencia y tolerancia a la angustia.*
- *Es abrirse y permitir el acercamiento corriendo el riesgo de preocuparse por otro pasando por las limitaciones personales que pueden aparecer en el proceso; el propósito del acercamiento es liberar al consultante para que experimente afecto por otras personas y para que busque y encuentre por sí mismo el tipo de acercamiento que tenga mayor significado para él.*
- *Es temporal, claramente delimitada en el tiempo.*
- *Se reconoce al otro como persona, y al hacerlo, ésta se va atreviendo a experimentar nuevos modos de acercamiento a otros y se liberan o refuerzan aspectos sanos de su personalidad.*

Asimismo, para Watson ⁽²²⁾, hablar de la **relación de cuidado transpersonal** lleva en sí una clase especial de relación de **cuidado humano** una unión con otra persona. El cuidado, en este sentido, es visto con el ideal moral de la enfermería donde hay la más alta preocupación por la dignidad humana y la preservación de la humanidad.

El cuidado humano puede empezar cuando la enfermera entra en el espacio vital o campo fenomenal de otra persona, es capaz de detectar la condición del ser (espíritu, alma) de otra persona, siente

este condición dentro de sí y responde a la condición de tal manera que el que la recibe tiene una liberación de sus sentimientos subjetivos y sus pensamientos que él o ella han esperado por mucho tiempo para liberarlo. Como tal, hay un flujo intersubjetivo entre la enfermera y el paciente.

A medida que se liberan los pensamientos, sentimientos y energías que son menos armoniosas con el sí mismo de una persona, ellas son reemplazadas por otros sentimientos, pensamientos y energías que son mas armoniosas con uno mismo y son más nobles y más significativas del bienestar de cada persona y por último, de la humanidad.

Este proceso del cuidado humano a humano en enfermería simple, pero complejo, es un fundamento básico y el punto de inicio de en la cual puede ocurrir una relación de cuidado transpersonal armonioso.

Una relación de cuidado transpersonal según Watson depende de:

- Un compromiso moral para proteger e incrementar la dignidad humana, donde se permite que una persona determine su propio significado.
- El intento y voluntad de la enfermera para afirmar el significado subjetivo de la persona (Yo -Tú versus Yo - Ello).
- La habilidad de la enfermera para llevar a cabo y detectar exactamente los sentimientos y la condición interior de otro. Esto puede ocurrir a través de acciones, palabras, comportamientos,

adquisición de conocimientos, lenguaje corporal, sentimientos, pensamientos, sensaciones, intuición, etc.

- La habilidad de la enfermera para valorar y darse cuenta de la condición de otro de ser-en-el-mundo y para sentir una unión con otro. La enfermera debe ser capaz de expresar la condición y/o ayudar a la condición a través de varios medios tales como el movimiento, gestos, miradas, actos, procedimientos, información, tacto, sonido, palabras, color, y forma y otros medios similares científicos, estéticos y humanos. La subjetividad del paciente se asume que es un todo tan válido como el de la enfermera. La mutualidad, por tanto, es un fundamento moral de la enfermería. (Si las condiciones del 1 al 4 están presente, el que lo recibe estará en mejor capacidad de liberar algo de la desarmonía de la mente, cuerpo y alma, y ser más libre para dirigir esa energía hacia su propio proceso de sanación.

El contacto humano-a.-humano ocasiona que el receptor del arte ingrese a un cierto tipo de relación tanto con el que produce el arte y con todos aquellos que simultáneamente, previamente o subsecuentemente reciben la misma o similar expresión artística. Otro característica especial del arte es que de que son transmitidos los sentimientos.

La actividad del arte está basada en el hecho de que una persona recibe la expresión del sentimiento de otra persona a través de las sensaciones, a través de la audición, vista, o aun a través de la intuición, y es capaz de sentir la emoción que ha ocasionado que el otro lo exprese. Para usar el ejemplo más sencillo: una persona ríe, y otra que la escucha se pone alegre, o una persona solloza, y la otra que la escucha siente pena. Si un hombre está excitado o irritado, otro que

le ve puede desarrollar un similar estado mental. Por sus movimientos o por los sonidos de su voz, una persona expresa valentía y determinación, enojo o tranquilidad, y este estado mental lo pasa a otros. Una persona sufre, manifestando su sufrimiento por gruñidos o espasmos, y este sufrimiento lo transmite a otras personas: un hombre expresa sus sentimientos de admiración, devoción, miedo, respecto o amor hacia ciertas personas, objetos o fenómenos, y otra conmovida por los mismos sentimientos de admiración, devoción, miedo, respecto o amor, a las mismas personas, objetos o fenómenos.

Es en esta capacidad del ser humano que recibe la expresión de sentimientos de otro ser humano y el de sentir aquellos sentimientos por si mismo en que está basado la actividad artística de la enfermería y del cuidado. *El arte del cuidado en enfermería comienza cuando la enfermera, con el objeto de unir otro (u otros) a ella misma con un cierto sentimiento de cuidado y de preocupación, expresa ese sentimiento por ciertas apreciaciones externas.*

De todo lo expuesto en la medida que el ayudante y ayudado sean capaces de percibir su participación en las experiencias de la vida y en aceptar su condición humana vulnerable al sufrimiento y con fortalezas y virtudes que hay que descubrir y nombrar. El sentido va emergiendo de la claridad que se va haciendo durante la relación de ayuda. Cada crisis se puede percibir como un estado de remoción de lo que no está firme. Como en un terremoto, queda en pie lo firme, la roca sólida en la cual la persona se puede parar para enfrentar la vida: aquellas fortalezas de la personalidad que, aún en el peor de los estados depresivos, no se mueven y ayudan a creer de nuevo en una esperanza para intentar de otro modo seguir viviendo.

Las características de la relación transpersonal según Watson son:

- **Reconocimiento del otro como persona;** se trata de ser reconocido como existente, de ser acogido como persona, como ser humano total que no se pueda reducir una función, no como una casualidad, ni como número, ni como objeto, sino como un ser de vida propia, capaz de pensamiento personal, consciente de las propias necesidades y de las propias aspiraciones mas de cualquier otra cosa. Ante nosotros no tenemos nunca casos sino personas.
- **Comunicación:** es el acto de transmitir, hacer conocer y en sentido figurado, compartir, estar en relación. Comunicar puede entenderse como transmisión de un mensaje como relación con alguien para transmitir una información o también, momento en el que se establece contacto. El comunicarse con las personas enfermeras para llevar a cabo tanto mas metas específicas como las generales de la intervención de los miembros del equipo de salud.
- **Escuchar activamente:** es un comportamiento esencialmente activo. Implica ante todo escuchar sin descanso con todo el ser. Una relación entre dos o mas personas, no se puede realizar sino con la condición esencial de una mutua y continua escucha, es salir de esa torre de marfil que nos cubre para acercarnos al otro con el fin de oír y ver sus mensajes verbales y no verbales.
- **Honestidad:** es considerada como el recato en las acciones o palabras; es cumplir con algo prometido a quien se le debe responder, en donde hay una responsabilidad creada.

- **Flexibilidad:** la actitud flexible se caracteriza por permitir un espacio de tolerancia, dúctil, consciente y capaz de vivir en el pluralismo, de aceptar a quien no es como él y de respetarlo, abierta a la confrontación y a la verificación, con la leal voluntad de entender, dispuesta a dejarse persuadir ya a permitir un cambio de cada una de las partes.
- **Contacto:** el tocar, en la vida afectiva y en la experiencia social, es una estrategia de importancia considerable en la comunicación humana, cálido, agradable, duro, frío, áspero, ardiente, son términos originados en la percepción táctil que circulan con la facilidad para expresar modalidades del mundo interhumano, el tacto es el autentico punto de encuentro entre los sujetos.
- **Ponerse en el lugar del otro;** si observamos el comportamiento de las personas e intentamos comprender por que actúan de determinada manera, nos damos cuenta de que no es solo para satisfacer sus propias necesidades biológicas. Los motivos por los cuales el hombre se preocupa son muy diversos: el deseo de conocer, la necesidad de amor, la búsqueda de prestigio, el querer realizar y tantas otras. Otras veces no están fácil su descubrimiento.
- **Compromiso:** puede ser considerada como una obligación contraída a una palabra dada, es un convenio establecido para que ambas partes cumplan con algo adquirido, debe dar respuesta a una situación planteada con el fin de lograr hacer que se lleve a cabo lo pactado.
- **Conocimiento:** el conocimiento es visto como el saber del otro, conocer a la otra persona, pero además se requiere un conocimiento

científico que permite a la otra persona desempeñarse en un saber determinado, lo que hace pueda facilitar el actuar.

- **Consenso:** es la acción que implica que se llegue a un acuerdo determinado que todos los participantes se hayan escuchado, ponerse en el puesto del otro, atender llamados de otros, respetar las ideas del otro así no se esté de acuerdo, para lograr definir un punto medio entre dos o mas.
- **Consejo:** respecto a las decisiones que se deben tomar y el mejor modo de llevarlas a cabo. De ninguna manera excluye la propia iniciativa ni la propia investigación, sino que necesariamente la supone para completarla.
- **Mediación:** es la manera de llegar a unos acuerdos para lograr actuar por otro con el fin de lograr las metas propuestas, siempre buscando el bienestar del otro.
- **Participación:** implica tomar parte en una acción determinada para actuar; es la manera como se llega a hacer parte mediante la ejecución de acciones en las que puedan estar comprometidos otros.
- **Deseo de cuidar:** es inherente el cuidado. El dador del cuidado no actúa sino existe dentro de ese sentimiento de dar cuidado, es la esencia fundamental del cuidador, ese deseo de cuidar esta involucrada en la persona y no debe ser motivos para otros.
- **Respuesta verbal:** es la comunicación oral que se pueda tener con el otro; es la acción que permite establecer la comunicación.

- **Respuesta no verbal:** es el referente corporal, es la forma como se puede acompañar la comunicación, la manera como se acompaña el hablar, son las actitudes que percibe el otro y que en algunas ocasiones no se pueden manejar. Todos los seres humanos tienen percepciones diferentes.

2.5. INTERACCIÓN ENFERMERA – PACIENTE

La interacción es un acontecer de campo entre dos o mas personas que consiste en que cada una ejerce sobre las demás un efecto, lo cual significa que cada una experimenta al mismo tiempo el influjo de otras. Las interacciones se extienden en la vida humana desde el nacimiento hasta la muerte

Para Berger y Luckman ⁽²³⁾, en las interacciones se dan intercambios de relación directa, es decir, cara a cara, siendo estas de carácter inevitable **en la vida cotidiana**, ya que configuran un presente vivido y compartido donde la subjetividad del otro es accesible por el máximo de los síntomas. Por los dos autores, las situaciones de interacción son flexibles, en la medida de que el otro exija la adopción a las variaciones de su subjetividad.

Es un **proceso eminentemente social**, gracias al cual se lleva a cabo una relación directa, recíproca, dinámica e inevitable entre la enfermera y el paciente, en un determinado momento del proceso salud enfermedad. Para la enfermera esta relación constituye en el medio de aplicación del proceso de enfermería, es decir es el vehículo por el medio del cual inicia su trabajo de ayuda al paciente.

Durante la interacción enfermera – paciente se produce un intercambio de energía entre dos personas, que se encuentran en dos niveles y roles muy distintos, el paciente con la necesidad de recibir ayuda, mientras que la enfermera con la posibilidad de ofrecerle todo el apoyo que se encuentre a su alcance, es decir, se establece una relación de ayuda de parte de la enfermera al sujeto cuidado.

El profesional de enfermería debe estar seguro que existen varias formas de establecer un clima de confianza con el paciente y que será el único camino que le permitirá canalizar su energía hacia una conducta saludable.

En primer lugar evalúa la capacidad de los pacientes para confiar en los demás; el comportamiento de la enfermera está orientado a promover resultados fructíferos y conductas inequívocas, tales como cumplir las promesas.

En la actualidad, son cada vez más los pacientes que tienen expectativas de ser participantes activos en el proceso de toma de decisiones y esperan no sólo la competencia profesional del sanitario sino también cordialidad, comprensión y honestidad. Estas expectativas pueden suponer un estrés añadido para el personal sanitario.

La comunicación viene a ser una condición necesaria de la interacción por ello mismo se tiene que considerar que la comunicación se da de dos formas:

NO VERBALES	VERBALES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión facial. ✓ Contacto visual. ✓ Postura del cuerpo. ✓ Proximidad física. ✓ Contacto físico. ✓ Tono de voz, pausas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preguntar. ✓ Informar. ✓ Sugerir. ✓ Expresar nuestros sentimientos.

Además de utilizar las técnicas anteriormente citadas, existen otros elementos que pueden estar obstaculizando o facilitando nuestra comunicación con el paciente y que deben ser tenidos en cuenta ya que de lo contrario la comunicación puede que no sea útil ni consiga ningún objetivo.

3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **Percepción:** Percepción es el proceso mediante el cual los individuos otorgan significado al entorno organizando e interpretando diversos estímulos recibidos a través de los sentidos dentro de una experiencia psicológica.

- **Interacción Enfermera Paciente:** Es la relación bio-psico-social que tiene la enfermera con el paciente mediante la comunicación, el mismo que se manifiesta a través de elementos verbales y no verbales, en los cuales la transmisión y recepción de mensajes puede caracterizarse por un estilo determinado es decir una forma específica de establecer esa comunicación interpersonal, así mismo esta proceso

de interacción esta compuesta por etapas: encuentro original, empatía y la compenetración.

- **Programa TARGA:** Es un estrategia sanitaria creada por el MINSA que permite a la población infectada por el VIH – SIDA acceder gratuitamente al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad con la finalidad de reducir la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, ocasionada por el SIDA y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH – SIDA.
- **Pacientes con VIH/SIDA:** Son todas las personas portadores del VIH/ SIDA que acuden de forma constante al programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE ESTUDIO

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo por que nos muestra los hechos o fenómenos pero no los explica. Es de corte transversal, por que se realiza en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

B. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Programa de Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; que se encuentra ubicado en el distrito de Bellavista de la provincia del Callao, es un órgano descentralizado del Ministerio de Salud. Está constituido por el "Sector Carrión" y el "Sector San Juan". Fueron construidos por la Beneficencia Pública del Callao ambos pabellones e inaugurados en 1941 y 1968, respectivamente.

El Hospital Daniel Alcides Carrión se encuentra en el tercer nivel de atención, este hospital atiende a todas las personas que viven dentro y fuera del área de jurisdicción que requieran algún tipo de atención.

El 15 de octubre de 1971, mediante resolución, se procede a la unificación con el nombre Complejo Hospitalario "Daniel A. Carrión", relevando el nombre del mártir de la medicina peruana. En 1991 es reclasificado como "Hospital Nacional", con una capacidad hospitalaria de 850 camas.

Entre las estrategias preventivo - promocionales llevados a cabo tenemos: Ampliado de Inmunizaciones, de Control de Tuberculosis, del Adulto Mayor, de Crecimiento y Desarrollo, de Control de Enfermedad Diarreica Aguda y Cólera, de Infección Respiratoria Aguda, de Salud Escolar y del Adolescente, de Detención Precoz de Cáncer, de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH - SIDA, de Salud Reproductiva, de Cáncer de Cuello Uterino, de Prevención de la Ceguera por Catarata, de Salud Bucal, de Malaria, Rabia y Saneamiento Ambiental.

El Servicio de Infectología, donde se ha implementado el programa de TARGA se encuentra estructurado de la siguiente forma: cuenta con 4 consultorios para atención médica del paciente (1 consultorio para la asistente social, 1 consultorio para conserjería de PARES, 1 consultorio para la atención con enfermería, 1 tópico) y así mismo con 4 ambientes para la parte administrativa del servicio.

Dentro del personal que labora en el servicio tenemos: 1 médico jefe de servicio, 4 médicos asistenciales, 1 enfermera jefe de servicio, 1

enfermero asistencial, 5 técnicas de enfermería, 1 asistente social, 1 consejera de PARES, 1 personal administrativo, 1 personal de limpieza.

El horario de atención que se brinda en el servicio es de 8am hasta las 2pm previa cita del paciente, durante el día se atiende aproximadamente 30 pacientes entre los antiguos y nuevos, en el mes de octubre cambiaron el horario de atención quedando de lunes a viernes de 8am a 2pm; los martes y jueves de 2pm a 5pm.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por 207 pacientes los cuales acuden regularmente al programa del TARGA, la muestra fue obtenida mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple obteniendo un total de 68 pacientes (Anexo F).

Para la determinación de las unidades de análisis se procedió a la clasificación a quienes correspondieron a los siguientes criterios:

- **Los criterios de inclusión fueron:**
 - Pacientes que estén de acuerdo mediante el consentimiento informado acerca de su participación **voluntaria** al estudio.
 - Pacientes que estén dentro de las edades de 25 a 35 años de edad.
 - Pacientes que estén acudiendo al programa de TARGA con un mínimo de 2 meses.
 - Pacientes que por lo menos haya tenido una entrevista de consejería con el profesional de enfermería.
 - Pacientes que no tengan dificultades para poder comunicarse.

- **Los criterios de exclusión considerados :**
 - Pacientes que expresen no aceptar la participación del estudio.
 - Pacientes que tengan menos de 25 años y mayores de 35 años de edad
 - Pacientes que no han tenido alguna entrevista con el personal de enfermería.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario tipo escala Lickert modificada, el cual consta de introducción, donde se presenta los objetivos, importancia de su participación y el agradecimiento, datos generales y datos específicos con preguntas cerradas de alternativas múltiples, diseñadas en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores. (Anexo D)

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El instrumento fue sometido a la validez de contenido y constructo, a través del juicio de expertos (7), conformado por enfermeras especialistas en el tema. Luego se realizó la prueba binomial mediante la tabla de la concordancia (Anexo C).

Para determinar la validez estadística se procedió la prueba piloto donde se utilizó la prueba del ítem test mediante el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo G) validándose cuando “r” mayor que 0.2 y para la confiabilidad estadística se aplicó el alfa de Crombach, con un 95% de confiabilidad (Anexo H)

F. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó los trámites administrativos a través de una solicitud que se emitió a la Oficina de Ayuda para la Docencia y la Investigación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se obtendrá la autorización y las facilidades para ejecutar la investigación.

Posterior a ello se realizó las coordinaciones con la enfermera Jefa del Programa la Lic. Isabel Ríos para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos que duró dos meses (Octubre - Noviembre) se llevó a cabo los días jueves de 8am a 1pm; se inició mediante la selección de la muestra previo consentimiento informado a los pacientes y luego se empezó en realizar la entrevista considerando una duración de 20 minutos.

G. PROCESAMIENTO y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Luego de concluida la recolección de datos, se comenzó a procesar de forma manual previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo E).

Preposición Positiva	Preposición Negativa
Totalmente de acuerdo: 5	Totalmente desacuerdo: 5
De acuerdo: 4	Desacuerdo: 4
Indeciso: 3	Indeciso: 3
Desacuerdo: 2	De acuerdo: 2
Totalmente en desacuerdo. 1	Totalmente de acuerdo: 1

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó los programas de Microsoft Excel para la elaboración de gráficos posteriores. Para la medición de la variable se utilizó la escala de Estanones considerando (Anexo I)

Después de la recolección de datos a los 68 pacientes, estos fueron procesados y agrupados; representándose en gráficos y tablas estadísticas para el análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica.

Variable: Percepción

- Percepción Favorable: Más de 132 puntos
- Percepción Medianamente Favorable: 115 – 131 puntos
- Percepción Desfavorable: Menos de 114 puntos

Dimensión: Comunicación

- Percepción Favorable: Más de 67 puntos
- Percepción Medianamente Favorable: 55 – 66 puntos
- Percepción Desfavorable: Menos de 54 puntos

Dimensión: Empatía

- Percepción Favorable: Más de 68 puntos
- Percepción Medianamente Favorable: 59 – 67 puntos
- Percepción Desfavorable: Menos de 58 puntos

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan cinco gráficos conteniendo los resultados de la investigación y que responden a los objetivos planteados.

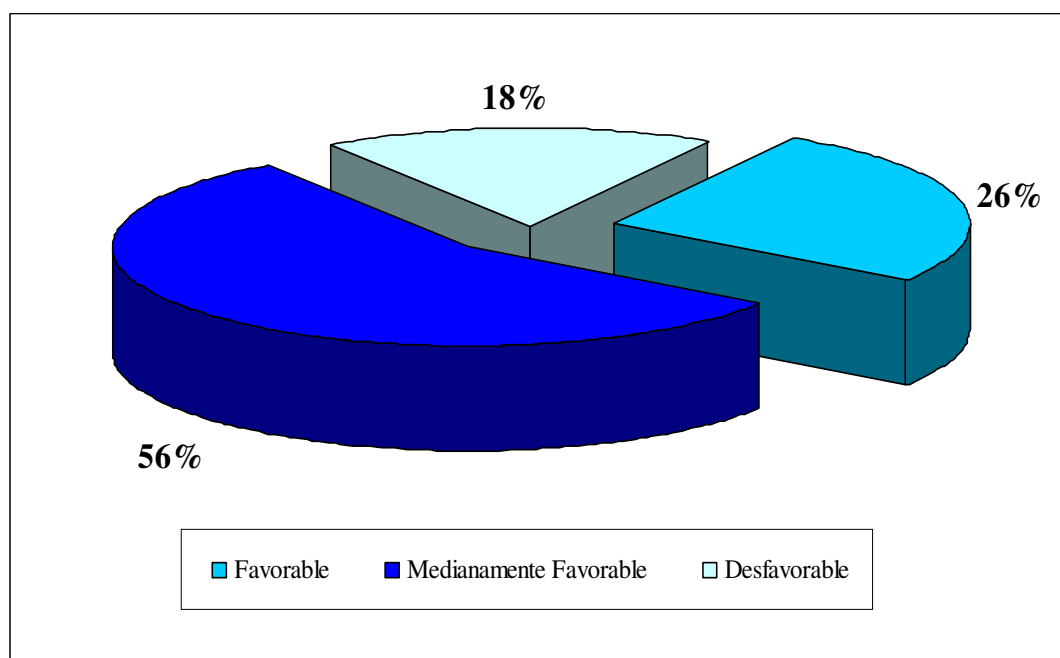
En relación al sexo y edad de los pacientes que acuden al Programa de TARGA, del 100% (68) pacientes; el 87% (59) son varones y el 13% (9) son mujeres evidenciándose así que la mayoría que acuden al programa de TARGA son los varones. (Anexo J).

Según el Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú ⁽²⁴⁾, el principal grupo afectado son los hombres que tienen sexo con otros hombres, parte de ellos con comportamiento bisexual que a su vez están infectando a las mujeres. Debemos considerar que en la actualidad este grupo es el mas vulnerable debido que su tendencia y comportamiento sexual, frente a la sociedad.

En cuanto a la edad de los pacientes se encontró que: 100%(59) varones el 55%(32) y el 45%(27) se encuentran entre las edades de 25 a 30 años y de 31 a 35 años respectivamente; en caso de las mujeres el 100%(9), el 75%(7) y el 25%(2) se encuentran entre las edades de 25 a 30 años y de 31 a 35 años respectivamente (Anexo J); esto representa que los pacientes que acuden al

programa de TARGA es su mayoría se encuentran en la etapa de vida adulto que esta comprendida entre los 25 a los 60 años aproximadamente, aunque como es sabido, su comienzo y su término dependen de muchos factores personales y ambientales. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad; así, hay adultos de firme y segura personalidad capaces de una conducta eficaz en su desempeño en la vida; hay otros de una personalidad no tan firme ni segura; finalmente existen los que adolecen de una pobre y deficiente manera de ser (personalidad) que los lleva a comportamientos ineficaces y hasta anormales.

GRÁFICO N° 1
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA DE LA
INTERACCIÓN CON LA ENFERMERA. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERU
2006



Respecto a la percepción que tienen los pacientes con VIH/SIDA acerca de la interacción enfermera – paciente se tiene que del 100%(68), el mayor número de casos (38) representado porcentualmente con el 56%, presentó una percepción medianamente favorable, seguido del 26% (18) que tiene una percepción favorable y en menor porcentaje que es el 18% (12) de pacientes tuvo una percepción desfavorable.

La interacción enfermera – paciente se entiende como el intercambio de sentimientos, emociones, experiencias entre la enfermera y el paciente, es el vehículo por el cual se va a lograr la relación de ayuda que el paciente esté

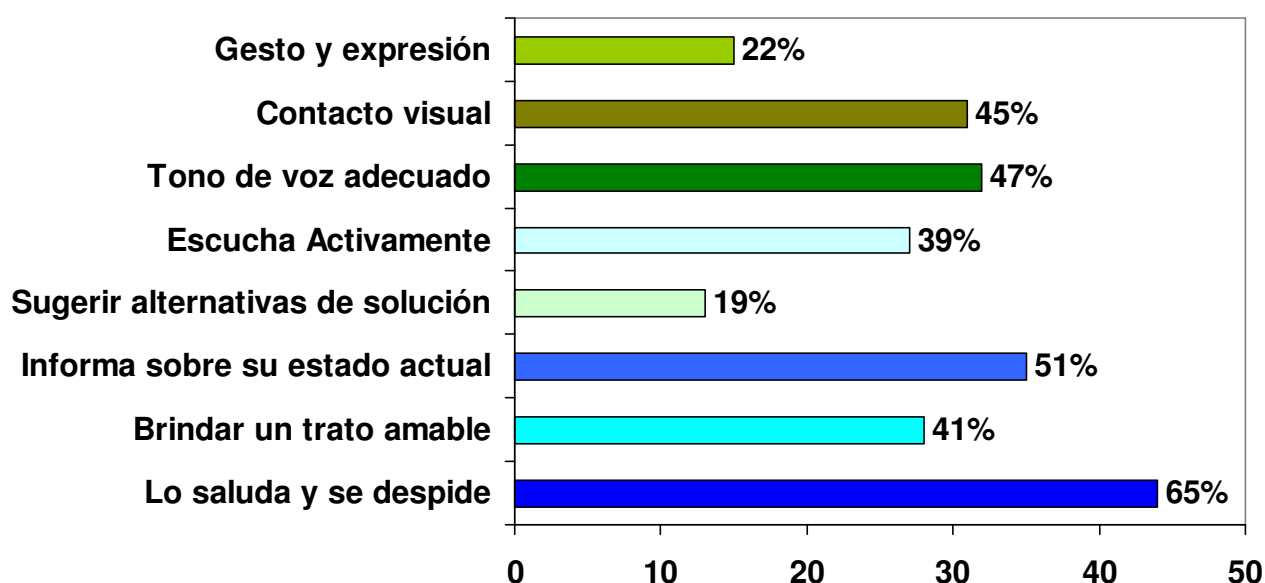
necesitando, es un proceso dinámico y recíproco para lo cual se necesita la comunicación.

Chacón y Giraldo ⁽²⁵⁾ consideran que la interacción es una dimensión básica en el cuidado de enfermería, porque al centrarse en el contacto entre personas, se constituye en móvil indispensable para llevarlo a cabo.

Así mismo debemos considerar que dentro del proceso de interacción esta la empatía que es la capacidad que tiene la enfermera para poder ingresar en el espacio o campo fenomenal de la persona para que desde allí comprender sus sentimientos, emociones, experiencias logrando fortalecer la relación de ayuda que necesita el paciente, debemos tener en cuenta que la empatía se comunica de forma verbal y no verbal.

Por lo expuesto podemos concluir que existe 56% poseen una percepción medianamente favorable y un 18% con una percepción desfavorable relacionado a que la enfermera le falta aún habilidades para la comunicación con el paciente, al no haber una buena comunicación influirá en la capacidad de empatizar con el paciente logrando no comprender su mundo interno; debemos tener presente que el paciente con VIH es un ser sensible, vulnerable ante cualquier evento que ocurra en su vida y si el proceso de interacción enfermera – paciente que el percibe no es efectivo entonces estaría condicionando a que no tenga una buena adherencia al tratamiento y a no mejorar su calidad de vida; hallazgos similares en investigaciones efectuadas por Marquina y Colb ⁽²⁶⁾ donde evidencia la opinión que tiene acerca de la relación con la enfermera es moderadamente negativa, condición que amerita intervenciones que apoyen a los pacientes a superar su estado de enfermedad logrando su recuperación favorable.

GRÁFICO N° 2
CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA -
PACIENTE EN EL AREA DE COMUNICACIÓN. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006



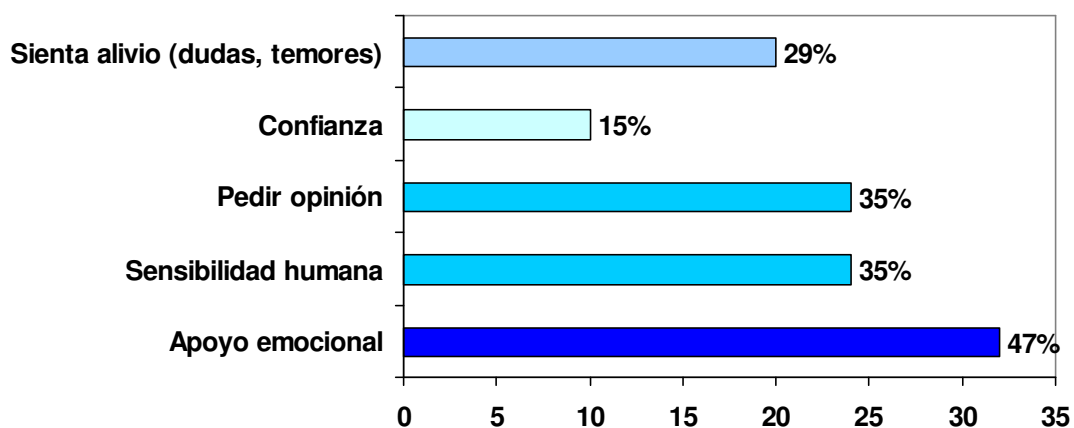
Respecto a la caracterización del proceso de interacción enfermera – paciente en el área de la comunicación se evidencia en la comunicación verbal la mayor frecuencia se da en el saludo inicial y final que realiza la enfermera hacia el paciente así mismo con una frecuencia mediana es de la información acerca de su estado de salud pero a la vez se evidencia que el 19% del total de encuestados responden que la enfermera les sugiere alternativa de solución con respecto a sus dudas, y con respecto a la comunicación no verbal se evidencia que hay una menor frecuencia (22%) se da en los gestos y expresiones que la enfermera usa durante el proceso de la interacción.

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permita transmitir información; Watson ⁽²⁷⁾ refiere que la comunicación es el acto de transmitir, hacer conocer, compartir y ese acto de comunicarse va a favorecer a que exista una buena relación de ayuda con los pacientes.

La comunicación verbal, se refiere a las palabras que se utiliza con el paciente se usa en un 80% y la comunicación no verbal es referente a la comunicación corporal, es la forma como se puede acompañar la comunicación verbal con los gestos, actitudes, postura, contacto visual que se da en un 20%, si el paciente con VIH/SIDA no percibe bien estas actitudes de la comunicación no verbal pues va a condicionar al alejamiento del profesional de enfermería y muy probable del tratamiento.

Por lo expuesto anteriormente podemos concluir que existe una mayor frecuencia 65% relacionado con el saludo inicial y la despedida, el 19% responden a que la enfermera les sugiere alternativas de solución, se debe tener en cuenta este dato debido a que el personal de enfermería aun conserva la actitud paternalista en el cuidado del paciente ya que es ella (enfermera) quien toma las decisiones en la solución de sus problemas del paciente. Si bien es cierto que la relación de ayuda que brindamos la paciente desde el enfoque humanista viene a ser un proceso recíproco y simultáneo de interacción donde la enfermera y el paciente participan activamente en la solución de problemas; referente a la comunicación no verbal se evidencia que el 22% responde a que la enfermera utiliza gestos y expresiones a momento de interactuar, donde la enfermera no le otorga la importancia que amerita dicha comunicación por lo que si el paciente percibe la limitada habilidad de comunicación en la enfermera conllevaría a al alejamiento progresivo del profesional de salud y del tratamiento antiretroviral.

GRÁFICO N° 3
CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA -
PACIENTE EN EL AREA DE EMPATÍA. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006



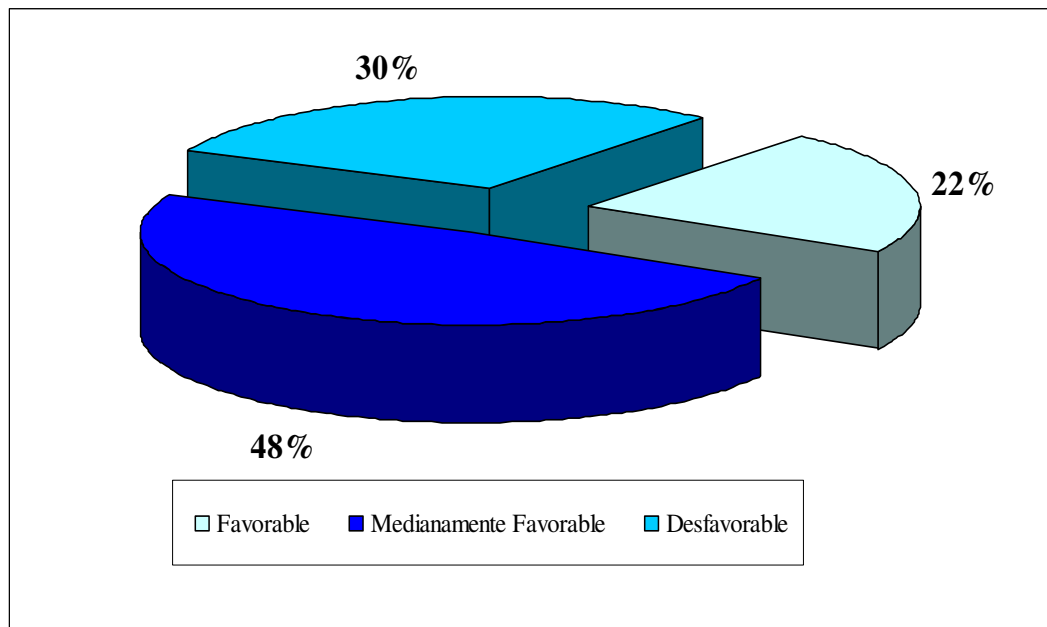
Respecto a la caracterización del proceso de interacción enfermera – paciente en el área de la empatía podemos evidenciar que la mayor frecuencia es el apoyo emocional (47%) que siente al paciente al momento de recibir los resultados realizados para diagnosticar el VIH y en algunos casos el SIDA, así mismo podemos evidenciar que la confianza que los pacientes depositan en la enfermera es mínima esto se puede deber a varios factores que ocurren dentro del proceso de la relación de ayuda que la enfermera brinda al paciente que se da mediante la consejería, así mismo se debe tener en cuenta que el sentimiento de alivio a sus dudas, temores y miedos no son resueltos por que presenta una frecuencia baja.

La empatía desde el punto de vista de Travelbee⁽²⁸⁾ y Watson ⁽²⁹⁾ consideran que es la capacidad de ingresar en su mundo interior para desde allí

compartir sus emociones, sentimientos, pensamientos para comprenderlos y brindar una buena relación de ayuda.

Por lo expuesto anteriormente podemos concluir que existe una mayor frecuencia 47% en el apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería al paciente en el momento de que este recibe los resultados realizados para diagnosticar el VIH y en algunos casos el SIDA, así mismo el 15% de personas encuestadas depositan su confianza en la enfermera lo que pueda deberse a varios factores, debemos tener en cuenta que si el paciente no deposita su confianza en la enfermera pues no se va a lograr una buena relación de ayuda condicionando al paciente a la no adherencia la tratamiento y a la no mejora de su calidad de vida sumergiéndolo en el abandono social.

GRÁFICO N° 4
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA COMUNICACIÓN
ENFERMERA - PACIENTE. HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006



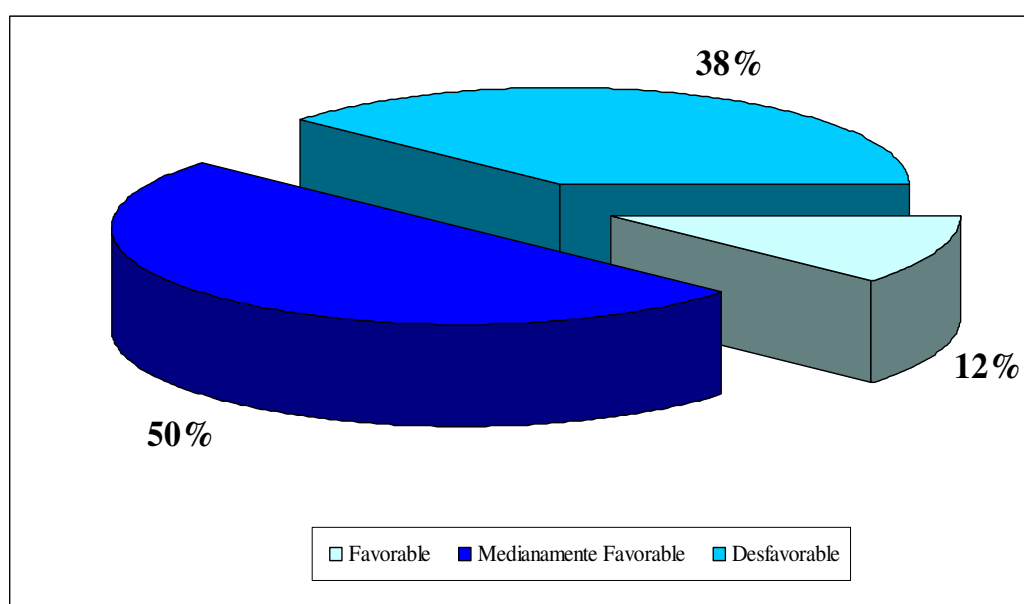
Respecto a la dimensión de la comunicación se encontró que 33 casos que representado con el (48%) presentó una percepción medianamente favorable, el 30%(20) tuvieron una percepción desfavorable.

La comunicación viene a ser el acto por lo que un individuo (enfermera) establece con el otro (paciente) un contacto que le permite transmitir emociones, sentimientos y pensamientos.

La comunicación terapéutica implica un contacto de afinidad que debe realizar la enfermera durante la prestación del cuidado Phanuf ⁽³⁰⁾ expresa que una de las competencias fundamentales de las enfermeras es establecer una relación enfermera – paciente, afirmando que es imprescindible que la enfermera fundamente el cuidado al enfermo en una comunicación con vínculos que faciliten la misma. La finalidad de la comunicación terapéutica es obtener una respuesta en la práctica, en la que la enfermera/o se comunican con los pacientes con la intención de iniciar cambios en sus conductas, sean de carácter preventivo o curativo según el caso lo importante es que debe ser eficaz para el logro de la respuesta esperada.

Por lo expuesto anteriormente se concluye que el paciente percibe que existe poca relación comunicativa con la enfermera aun le falta por desarrollar habilidades de comunicación, tengamos en cuenta que la comunicación en enfermería es una habilidad para tratar de comprender al otro y permitir una mayor capacidad de escucha; cuando tratamos de comprendernos y comprender a los demás por medio de la observación e interpretación, es importante no caer en juzgar al otro. El comportamiento del individuo enfermo como es en este caso un paciente portador del VIH y en algunos casos con el SIDA lleva consigo determinados factores como su personalidad, su entorno social y familiar que lo hacen mas vulnerables y sensibles a las actitudes que el personal de enfermería opta con ellos, es por ello que si no existe una buena relación de comunicación el paciente puede alejarse del personal y quizás del tratamiento que esta recibiendo por que estaría sintiendo que dentro del ambiente hospitalario no encuentra lo que espera.

GRÁFICO N° 5
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA ACTITUD EMPATÍCA DE
LA ENFERMERA. HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN. OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006



Con respecto a la actitud empática de la enfermera en el proceso de la interacción enfermera – paciente, se encontró que 34 casos representado porcentualmente con el (50%) presentó una percepción medianamente favorable, así mismo se encontró que el 38%(26) tuvieron una percepción desfavorable; podemos evidenciar en la gráfica que hay cierta aproximación de la parte negativa esto quiere decir que si la enfermera no se coloca en el ángulo visual del paciente para comprender, adoptar sus esquemas mentales del mismo paciente no va a lograr la relación de ayuda que el paciente necesita en algún momento de su vida, la empatía es la capacidad de dejarse involucrar en el mundo emocional ajeno y tomarlo en consideración emocional, la empatía que manifiesta la enfermera debe de ser evidente y palpable con el paciente siendo

un componente esencial en la adherencia al tratamiento y con ello mejorar su calidad de vida.

Según Watson ⁽³¹⁾ plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas.

Los pacientes necesitan de la empatía de la enfermera en todos los estadios de su enfermedad pero especialmente en las formas progresivas como un repertorio mas de la terapia y sobre todo cuando éstas llegan a ser inefectivas y la incapacidad de la enfermedad progresa; es entonces cuando la mera presencia de la enfermera llega a convertirse como una poderosa medicina y a menudo curativa.

Estos resultados, permiten inferir que la percepción que tienen los pacientes con VIH/SIDA acerca de la interacción con la enfermera es medianamente favorable aunque no debemos dejar de lado que también existe un numero de pacientes que consideran que la interacción con la enfermera es desfavorable, con esto se demuestra que si la enfermera no cuenta con los medios necesarios para poder interactuar son los pacientes pues no va a ser capaz de poder ayudarlos a mejorar su calidad de vida, debido a que están tratando a personas con una enfermedad que hasta hoy en día causa la estigmatización de la persona.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a que se llegó en el siguiente estudio son:

1. La percepción que los pacientes con VIH/SIDA tuvieron en relación con la interacción Enfermera – Paciente medianamente favorable en el 56%, seguido del desfavorable en el 18%, la que se podría deberse a una limitada habilidad para la comunicación, actitud empática con el paciente, falta de comprensión de su mundo interno, actitud paternalista lo que genera dependencia y limitación para asumir el autocuidado de si; lo que condicionaría a la no adherencia del tratamiento, marginación, soledad repercutiendo negativamente en el proceso de recuperación de su salud y mejoramiento de su calidad de vida.
2. La interacción enfermera – paciente desde la percepción del paciente con VIH/SIDA en el programa TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se caracteriza por: los pocos gestos y expresiones de la enfermera al paciente, escaso soporte emocional evidenciado solo en

algunos momentos del encuentro E-P durante la consejería, al entregar los resultados de examen, escasa confianza de los pacientes, las dudas, temores y miedos no son resueltos lo que estaría condicionando a la no adherencia del tratamiento y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

3. La percepción del paciente con VIH/SIDA acerca de la comunicación en el proceso de interacción enfermera – paciente en la mayor parte de los pacientes es medianamente favorable, seguido de desfavorable lo que estaría relacionado a que la enfermera no siempre esta atenta en el proceso de la comunicación con el paciente, no lo escucha, generando una barrera entre la enfermera y el paciente donde este no puede llegar a manifestar sus sentimientos y emociones, predisponiéndole a su alejamiento progresivo del profesional y quizá del tratamiento.
4. La percepción del paciente con VIH/SIDA acerca de la actitud empática de la enfermera en el proceso de interacción enfermera – paciente es medianamente favorable, lo cual demuestra que si la enfermera no se coloca en el lugar del paciente no va a lograr la relación de ayuda que el paciente necesita, siendo ésta un componente esencial en el cuidado a los pacientes con VIH/SIDA debido a la estigmatización de la sociedad predisponiéndoles negativamente en la adherencia al tratamiento.

En este estudio se pone de manifiesto el debilitamiento del sentido humano en la relación enfermera–paciente, lo que puede ser condicionado a la carga administrativa que el personal tiene lo que desfavorece del componente integral e individual del cuidado.

B. LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos en la presente investigación no son extrapolables a otra población que no reúna los mismos requisitos (criterios de inclusión).

C. RECOMENDACIONES:

- Realizar investigaciones bajo perspectiva cualitativa en otra población con características similares.
- Realizar investigaciones relacionado a la influencia de la interacción enfermera – paciente con VIH/SIDA en el proceso de la adherencia al tratamiento antiretroviral de Gran Actividad.
- Sensibilizar a las profesional de enfermería en la interacción transpersonal enfermera - paciente basado en una relación intersubjetiva de persona a persona en el programa de TARGA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. **“La Epidemia Mundial de SIDA Continúa Creciendo”** [En línea]. Agosto, 2006. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/aids.epidemic.update/es/index.html>
- (2) I bid (1)
- (3) Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. **“Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH / SIDA en el Perú”**. [En línea]. Enero, 2006. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en:
http://www.oge.sld.pe/index.php?subaction=showfull&id=1164730598&archive=&start_from=&ucat=3&
- (4) Morrison, **“Fundamentos de Enfermería en Salud Mental”**. Ed. Harcourt Brace. Ed. 3ª. España, 1999 pag.35
- (5) Sehumocher LP, Fisher S, Marriner TA, Mills D, Suater MK. **Modelos y teorías de Enfermería**. Ed. 4ª Harcourt, Madrid. 2000 pag. 11
- (6) I bid (5), pag11
- (7) I bid (5), pag12
- (8) I bid (5), pag13

- (9) Arista **“Interacción Enfermera-Paciente En El Servicio De Medicina Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”**. Lima 2003
- (10) **Marquina y colb.** “Opinión Del Individuo VIH - SIDA Sobre La Relación Enfermera(O) - Paciente Durante Su Hospitalización”. Perú 2002
- (11) **Daza.** “Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería. Interacción, Participación y Afecto. Colombia. 2000.
- (12) Jaramillo **“Percepción del Paciente y su Relación Comunicativa con el Personal de la Salud en el Servicio de Agudos del Hospital de Caldas” Colombia. 2000**
- (13) Neisser. **Psicología cognoscitiva. Artículo en PDF [En línea]. Febrero, 2004. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en: <http://www.uc3m.es/marketing2/tema2.htm>**
- (14) Factores Psicosociales del VIH/SIDA. **Artículo en PDF [En línea]. Febrero, 2006. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0927102-142041/lm2de5.pdf**
- (15) I bid (14)
- (16) I bid (14)

- (17) Arranz, y Colb. **Counselling En VIH - SIDA. Guía De Actuación Para Profesionales Socio sanitarios. España; 1999**
- (18) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de la personas Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. **“Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA”. Perú 2006**
- (19) Op cit (4)
- (20) Travelbee. **Sintiendo el ser humano. Edit. F. A. Davis Philadelphia, 1.971. [En línea]. 2005. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en:**

<http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/7981.php>
- (21) I bid (19)
- (22) Watson. **Nursing Human Science and Human Care A Theory of Nursing. Ed. Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts; 1999**
- (23) Berger y Luckman. **La Intersubjetividad como Eje Conceptual para pensar la Relación entre Comunicación, Subjetividad y Ciudad. [En línea]. Octubre, 2005. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en:**

<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html>
- (24) Op cit (3)

- (25) Chacón y Giraldo **“Desarrollo del Concepto de Interacción en el Cuidado de Enfermería” Colombia. 2000**
- (26) Op cit **(10)**
- (27) **I bid** (22)
- (28) **I bid** (20)
- (29) **I bid** (22)
- (30) **Phaneuf Margot** “Cuidados de enfermería: El Proceso de Atención de Enfermería” Madrid Ed Interamericana MG Graw Hill; 2000 pag. 85
- (31) **I bid** (22)

BIBLIOGRAFÍA

1. Arista Chávez Gilbert, **Interacción Enfermera-Paciente En El Servicio De Medicina Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima 2003**
2. Arranz, Pilar y Colaboradores, **Counselling En VIH - SIDA. Guía De Actuación Para Profesionales Socio sanitarios. España; 1999.**
3. **García Hernández, A.M;** La Relación Interpersonal En La Interacción Enfermero-Paciente. España 1992 ISSN: 1130-8621
4. **González Soriano, M;** Cuidados De Enfermería Al Paciente Afecto De SIDA En La Escuela De Enfermería De Santa Madrona. España.1992
5. **Marquina Mary y colb;** Opinión Del Individuo VIH - SIDA Sobre La Relación Enfermera(O) - Paciente Durante Su Hospitalización. Perú 2002
6. **Ministerio de Salud.** Dirección General de Salud de la personas Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. “Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA”. Perú 2006
7. Morrison Michelle, **Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. España: Ed. Harcourt Brace de España S.A; 1999**

8. **Phaneuf Margot** “Cuidados de enfermería: El Proceso de Atención de Enfermería” Madrid Ed Interamericana MG Graw Hill; 2000 pag. 85
9. **Polit Dense y Hungler Bernardette.** La Investigación Científica En Salud. Mexico: 5ta Edición. Ed Interamericana; 1997
10. **Poletti, R.** Cuidados De Enfermería: Tendencias Y Perspectivas. Traducción de Rosa María Alberdi y María Paz Mompert para la revista *Rol*. Documento mimeografiado, S.F.
11. Sehumocher LP, Fisher S, Marriner TA, Mills D, Suater MK. **Modelos y teorías de Enfermería.** Ediciones Harcourt ,Madrid. 2000
12. Watson, Jean, **Cuidado Humano de Enfermería.** Ed. Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts; 1999

Búsqueda en Internet

Berger y Luckman. **La Intersubjetividad como Eje Conceptual para pensar la Relación entre Comunicación, Subjetividad y Ciudad.** [En línea]. Octubre, 2005. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en:

<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html>

Factores Psicosociales del VIH/SIDA. **Artículo en PDF** [En línea]. Febrero, 2006. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0927102-142041/lm2de5.pdf

Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. **“Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH / SIDA en el Perú”**. [En línea]. Enero, 2006. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en: **http://www.oge.sld.pe/index.php?subaction=showfull&id=1164730598&archive=&start_from=&ucat=3&**

Neisser. **Psicología cognoscitiva**. Artículo en PDF [En línea]. Febrero, 2004. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en: **<http://www.uc3m.es/marketing2/tema2.htm>**

Organización Mundial de la Salud. **“La Epidemia Mundial de SIDA Continúa Creciendo”** [En línea]. Agosto, 2006. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en: **<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/aids.epidemic.update/es/index.html>**

Travelbee. **Sintiendo el ser humano**. Edit. F. A. Davis Philadelphia, 1.971. [En línea]. 2005. [Fecha de acceso, Mayo 2006] URL disponible en:

<http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/7981.php>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	TITULO	Pág.
A	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	II
B	MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	IV
C	PRUEBA BINOMIAL. JUICIO DE EXPERTOS.....	VI
D	INSTRUMENTO.....	VII
E	TABLA DE CÓDIGO.....	XI
F	TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	XIII
G	VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO....	XIV
H	CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO.....	XVI
I	MEDICIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN.....	XVIII
J	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	XX
K	PERCEPCIÓN DE LA INTERACCIÓN.....	XXI
L	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA - PACIENTE EN EL AREA DE COMUNICACIÓN.....	XXII
M	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA – PACIENTE EN EL AREA DE EMPATÍA.....	XXIII
N	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	XXIV

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Percepción del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera - paciente en el programa TARGA	Percepción es el proceso mediante el cual los individuos otorgan significado al entorno organizando e interpretando diversos estímulos recibidos a través de los sentidos dentro de una experiencia psicológica. En la interacción enfermera - paciente que viene a ser la relación biopsicosocial que tiene la enfermera con el paciente	Percepción es el proceso mediante el cual el paciente con VIH/SIDA otorga significado al proceso de la interacción con la enfermera, mediante la organización e interpretación reestímulos que recibe a través de los 5 sentidos dentro de su experiencia; este proceso se considera dos parámetros que son la comunicación y		<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta verbal - Lo saluda y se despide - Brinda un trato amable - Informa sobre su estado actual - Sugiere alternativas de solución - Escucha activamente • Respuesta no verbal. - Tono de voz adecuado - Contacto visual - Gesto y expresión

	<p>mediante la comunicación, el mismo que se manifiesta a través de elementos verbales y no verbales, en los cuales la transmisión y recepción de mensajes puede caracterizarse por un estilo determinado es decir una forma específica de establecer esa comunicación interpersonal, así mismo este proceso de interacción se considera la comunicación y la empatía.</p>	la empatía.	Empatía	<ul style="list-style-type: none">- Apoyo emocional- Sensibilidad humana- Pedir opinión- Confianza- Sienta alivio (dudas, temores)
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO B
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Valor final de la variable	Criterios para asignar ese valor	Procedimiento para la medición	Aproximaciones de técnicas e instrumentos	Escala de medición																		
Favorable	La medición de los resultados se obtendrán mediante la siguiente puntuación <table><tr><th>Proposiciones</th><th>Posit.</th><th>Negat.</th></tr><tr><td>TA (totalmente de acuerdo)</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>A (acuerdo)</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>I (indeciso)</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>D (desacuerdo)</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TD (totalmente en desacuerdo)</td><td>1</td><td>5</td></tr></table>	Proposiciones	Posit.	Negat.	TA (totalmente de acuerdo)	5	1	A (acuerdo)	4	2	I (indeciso)	3	3	D (desacuerdo)	2	4	TD (totalmente en desacuerdo)	1	5	Realizar el trámite administrativo mediante un oficio para obtener la autorización correspondiente.	Para obtener los datos se utilizó la escala de Lickert modificada y como técnica la entrevista.	O R D I N A L
Proposiciones	Posit.	Negat.																				
TA (totalmente de acuerdo)	5	1																				
A (acuerdo)	4	2																				
I (indeciso)	3	3																				
D (desacuerdo)	2	4																				
TD (totalmente en desacuerdo)	1	5																				
Medianamente Favorable	La escala de Estanones para determinar los intervalos de clase en la campana de Gauss y serán catalogados según su puntaje:	Coordinar con el personal para establecer el cronograma de inicio de la																				
Desfavorable																						

	<p>Percepción de la Interacción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable + de 132 • Medianamente Favorable de 115 a 131 • Desfavorable - de 114 <p>Para el calculo de las dimensiones se utilizó la escala de Estanones:</p> <p>1. Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable + de 67 • Medianamente Favorable de 55 a 66 • Desfavorable - de 54 <p>2. Empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable + de 68 • Medianamente Favorable de 59 a 67 	recolección de datos.		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--	--

	• Desfavorable	- de 58			
--	----------------	---------	--	--	--

ANEXO C

PRUEBA BINOMIAL. JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	N° DE JUECES							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	0	1	1	0	0.145(*)
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	0	1	1	0	0.145(*)
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

(*) En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (si)

Desfavorable = 0 (no)

ANEXO D

INSTRUMENTO

UNMSM - FM

EAPE - 2006

ESCALA DE LICKERT

Presentación:

Buenos días soy estudiante del 5° año de ENFERMERIA DE la UNMSM, estoy realizando un estudio con la finalidad de obtener información sobre la “percepción del paciente con VIH/SIDA de la interacción enfermera - paciente en el programa TARGA”.

Para lo cual se le solicita su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

Instrucciones:

A continuación se presentara una serie de enunciados a los que deberá usted responder marcando con (X) en una sola alternativa como respuesta.

(TA): Totalmente de acuerdo.

(A): Acuerdo.

(I): Indeciso.

(D): Desacuerdo.

(TD): Totalmente en desacuerdo.

DATOS GENERALES:

Edad: _____

Sexo: _____

Tiempo de permanencia en el programa: _____

Actitudes	TA	A	I	D	TD
1. Al ingresar al servicio la enfermera lo saluda. 2. La enfermera le pregunta como se siente Ud. 3. La enfermera le brinda información con respecto a sus interrogantes. 4. La enfermera ante cualquier situación le sugiere algunas alternativas de solución. 5. La enfermera durante la entrevista es comprensiva con Ud 6. Durante la entrevista la enfermera le mira a los ojos. 7. La enfermera deja que Ud. se desplaye ante algún comentario. 8. Cuando Ud. dialoga con la enfermera, ella utiliza palabras suaves. 9. Cuando Ud dialoga con la enfermera ella esta atenta ante cualquier pregunta. 10. Siente Ud. que le enfermera le presta atención cuando se dirige a ella. 11. Cuando Ud. siente ganas de llorar la enfermera le coge del hombro y le da palabras de aliento. 12. Cuando Ud. sienta una tristeza profunda comparte sus penas con la enfermera. 13. Cuando Ud. se encuentre en el servicio y sienta una alegría inmensa comparte con la enfermera.					

14. Cuando Ud. se enteró de su diagnóstico la enfermera le brindó apoyo emocional.					
15. La enfermera lo escucha cuando dialoga con ella.					
16. Cuando finaliza la entrevista Ud. siente alivio ante sus dudas, temores.					
17. Confía Ud. en la enfermera que lo atiende.					
18. Se siente Ud. a gusto cuando dialoga con la enfermera.					
19. Considera Ud. que la atención brindada por la enfermera es oportuna.					
20. Al finalizar la entrevista la enfermera se despide de Ud. con cortesía.					
21. Al ingresar al servicio la enfermera es indiferente con Ud.					
22. La enfermera no le interesa como se siente Ud.					
23. La enfermera le replica información con respecto a sus interrogantes.					
24. La enfermera ante cualquier evento toma decisiones por Ud.					
25. la enfermera durante la entrevista es incomprensiva con Ud.					
26. Durante la entrevista la enfermera mira a otro lugar.					
27. La enfermera en la entrevista le interrumpe a Ud. cuando esta realizando algún comentario.					
28. Cuando Ud. dialoga con la enfermera, ella le levanta el tono de voz.					

29. Cuando Ud. esta dialogando con la enfermera ella muestra signos de distracción.					
30. Siente Ud. que la enfermera es indiferente cuando se dirige a ella.					
31. Cuando Ud. se encuentra con ganas de llorar la enfermera se muestra indiferente.					
32. Cuando Ud. se enteró de su diagnóstico la enfermera fue indolente.					
33. La enfermera realiza otras actividades cuando Ud. dialoga con ella.					
34. Cuando finaliza la entrevista Ud. siente incomodidad por no haber resuelto sus dudas, temores.					
35. Desconfía Ud. en la enfermera que lo atiende.					
36. Se siente Ud incómodo cuando dialoga con la enfermera.					
37. Considera Ud. que la atención brindada por la enfermera es inoportuna.					
38. Al finalizar la entrevista la enfermera se muestra descortés.					

ANEXO E

TABLA DE CÓDIGO

Datos Generales

1. Edad

25 – 30 = (1)

31 – 35 = (2)

2. Sexo

Masculino = (1)

Femenino = (2)

Datos Específicos

Dimensión Comunicación

1: totalmente de acuerdo (5)

2: totalmente de acuerdo (5)

3: totalmente de acuerdo (5)

4: totalmente de acuerdo (5)

5: totalmente de acuerdo (5)

6: totalmente de acuerdo (5)

7: totalmente de acuerdo (5)

8: totalmente de acuerdo (5)

9: totalmente de acuerdo (5)

21: totalmente desacuerdo (5)

22: totalmente desacuerdo (5)

23: totalmente desacuerdo (5)

24: totalmente desacuerdo (5)

- 25: totalmente desacuerdo (5)
- 26: totalmente desacuerdo (5)
- 27: totalmente desacuerdo (5)
- 28: totalmente desacuerdo (5)
- 29: totalmente desacuerdo (5)

Dimensión Empatía

- 10: totalmente de acuerdo (5)
- 11: totalmente de acuerdo (5)
- 12: totalmente de acuerdo (5)
- 13: totalmente de acuerdo (5)
- 14: totalmente de acuerdo (5)
- 15: totalmente de acuerdo (5)
- 16: totalmente de acuerdo (5)
- 17: totalmente de acuerdo (5)
- 18: totalmente de acuerdo (5)
- 19: totalmente de acuerdo (5)
- 20: totalmente de acuerdo (5)
- 30: totalmente desacuerdo (5)
- 31: totalmente desacuerdo (5)
- 32: totalmente desacuerdo (5)
- 33: totalmente desacuerdo (5)
- 34: totalmente desacuerdo (5)
- 35: totalmente desacuerdo (5)
- 36: totalmente desacuerdo (5)
- 37: totalmente desacuerdo (5)
- 38: totalmente desacuerdo (5)

ANEXO F

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó el muestreo pobabilístico aleatorio simple:

Dado por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q}{(N-1)(B/Z)^2 + P \cdot Q}$$

$$n = \frac{207(0.5)(0.5)}{(207-1)(0.1/2)^2 + (0.5)(0.5)}$$

$$n = 67.64 = 68$$

Donde:

N: población (207 pacientes)

P: 50%

Q: 50%

B: 10%

Z: nivel de confiabilidad (2)

ANEXO G

VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística del instrumento, se aplicó la formula de ítem test coeficiente de correlación de R de Person a cada ítem:

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Ítem 1 = 0.05

Ítem 2 = 0.05

Ítem 3 = 0.72

Ítem 4 = 0.46

Ítem 5 = 0.21

Ítem 6 = 0.07

Ítem 7 = 0.55

Ítem 8 = 0.17

Ítem 9 = 0.32

Ítem 10 = 0.19

Ítem 11 = 0.15

Ítem 12 = 0.13

Ítem 13 = 0.07

Ítem 14 = 0.44

Ítem 15 = 0.63

Ítem 16 = 0.63

Ítem 17 = 0.49

Ítem 18 = 0.74

Ítem 19 = 0.52

Ítem 20 = 0.27

Ítem 21 = 0.03

Ítem 22 = 0.05

Ítem 23 = 0.61

Ítem 24 = 0.43

Ítem 25 = 0.31

Ítem 26 = 0.07

Ítem 27 = 0.44

Ítem 28 = 0.25

Ítem 29 = 0.52

Ítem 30 = 0.34

Ítem 31 = 0.21

Ítem 32 = 0.25

Ítem 33 = 0.52

Ítem 34 = 0.57

Ítem 35 = 0.64

Ítem 36 = 0.76

Ítem 37 = 0.61

Ítem 38 = 0.37

Si $r > 0.20$, el ítem es válido.

ANEXO H

CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar el instrumento a 68 pacientes, a los resultados se aplicó la fórmula de α Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{Si2}{St} \right)$$

$$\alpha = \frac{27}{26} \left(1 - \frac{18.64}{95.63} \right)$$

$$\alpha = \mathbf{0.8424}$$

Donde:

Si2 = (sumatoria del total de las variancias)

S_t = (variancia del total)

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.7$ por lo tanto el instrumento es confiable.

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN

Para clasificar los niveles de percepción de los pacientes acerca de la interacción en 3 categorías: favorable, medianamente favorable y desfavorable; se utilizó la comparación cuantitativa a través de la campana de Gauss, usándose una constante de 0.75

1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 123.22$$

2. Se calculó la desviación estándar

$$DS = 10.88$$

3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS) = 115.06 = 115$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS) = 131.38 = 131$$

Puntaje:

Nivel de la percepción favorable: Más de 132 puntos

Nivel de la percepción medianamente favorable: De 115 a 131 puntos

Nivel de la percepción desfavorable: Menos de 114 puntos

Dimensión Comunicación:

$$x = 60.63$$

$$DS = 6.94$$

$$a = x - 0.75 (DS) = 55.42 = \mathbf{55}$$

$$b = x + 0.75 (DS) = 65.83 = \mathbf{66}$$

Puntaje:

Nivel de la percepción favorable: Más de 67 puntos

Nivel de la percepción medianamente favorable: De 55 a 66 puntos

Nivel de la percepción desfavorable: Menos de 54 puntos

Dimensión Empatía:

$$x = 62.58$$

$$DS = 6.26$$

$$a = x - 0.75 (DS) = 57.89 = \mathbf{59}$$

$$b = x + 0.75 (DS) = 67.27 = \mathbf{67}$$

Puntaje:

Nivel de la percepción favorable: Más de 68 puntos

Nivel de la percepción medianamente favorable: De 59 a 67 puntos

Nivel de la percepción desfavorable: Menos de 58 puntos

ANEXO J

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE. DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006**

Sexo				Edad							
Hombre		Mujer		Hombre				Mujer			
Nº	%	Nº	%	25 -30		31-35		25 - 30		31 -35	
59	87	9	13	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
				32	55	27	45	7	75	2	25

ANEXO K

**PERCEPCIÓN DE LA INTERACCIÓN EN RELACIÓN CON LA
COMUNICACIÓN Y LA ACTITUD EMPÁTICA
CON LA ENFERMERA. HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN.
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006**

PERCEPCIÓN	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INTERACCIÓN	18	26	38	56	12	18
COMUNICACIÓN	15	22	33	48	20	30
EMPATÍA	8	12	34	50	26	38

ANEXO L

**CARACTERISTICAS DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA -
PACIENTE EN EL AREA DE COMUNICACIÓN HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006**

Características	Nº	%
------------------------	-----------	----------

VERBAL

Lo saluda y se despide	44	65%
Brindar un trato amable	28	41%
Informa sobre su estado actual	35	51%
Sugerir alternativas de solución	13	19%
Escucha activamente	27	39%

NO VERBAL

Tono de voz adecuado	32	47%
Contacto visual	31	45%
Gesto y expresión	15	22%

ANEXO M

**CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA -
PACIENTE EN EL AREA DE EMPATÍA. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006**

Características	Nº	%
Apoyo emocional	32	47%
Sensibilidad humana	24	35%
Pedir opinión	24	35%
Confianza	10	15%
Sienta alivio (dudas, temores)	20	29%

ANEXO N

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el trabajo de investigación titulado “Percepción del Paciente con VIH/SIDA de la Interacción Enferma - Paciente en el Programa de TARGA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”.

Habiendo sido informado (a) del propósito del mismo así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además teniendo en cuenta que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurando la confidencialidad.

Firma